Katolícka univerzita v Ružomberku
Teologická fakulta Košice

REZIDENCIÁLNA SOCIÁLNA PRÁCA NA SLOVENSKU A VO VYBRANÝCH KRAJINÁCH EU

RESIDENTIAL SOCIAL WORK IN SLOVAKIA AND SELECTED EU COUNTRIES

Košice 2013

Rezidenciálna sociálna práca na Slovensku a vo vybraných krajinách EU

© Teologická fakulta KU

Recenzenti:
prof. ThDr. Gabriel Ragan, PhD. *(Teologická fakulta KU)*
PhDr. Jana Raková, PhD. *(Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach)*

Editor:
Mgr. Katarína Sabolová

Za jazykovú úpravu zodpovedajú autori príspevkov.

Pre Teologickú fakultu KU vydalo:
Michal Vaško – Vydavateľstvo
Nám. Kráľovnej pokoja 3, 080 01 Prešov

CD; 1. vydanie; náklad 100 ks

ISBN 978-80-7165-914-3

OBSAH

Rezidenciálna starostlivosť o seniorov 4
Residential care of seniors
PhDr. Michaela Šuľová

Rezidenciálna starostlivosť v onkologickej oblasti 39
Residential care in Oncology area
Mgr. Silvia Václavíková

Rezidenciálna sociálna práca – ústavné zariadenia pre deti. Vývoj a súčasný stav na Slovensku a vo vybraných krajinách EÚ..... 57
Residential social work – residential institutions for children. Trend and current status in Slovakia and selected EU countries
Mgr. Soňa Vancáková

Postavenie osôb s mentálnym postihnutím v spoločnosti 85
The status of persons with intellectual disabilities in society
Mgr. Mária Maliňáková

ÚVOD

Ak hovoríme o rezidenciálnej sociálnej práci, máme na mysli celú oblasť starostlivosti, ktorá sa poskytuje pobytovou formou t. j. v rezidenciálnych (ústavných) zariadeniach.

Cieľom zborníka je priniesť pohľad na rôzne druhy sociálnych služieb, ktoré sú poskytované v prostredí rezidenciálnych zariadení. Jednotlivé príspevky venujú svoju pozornosť starostlivosti o deti, seniorov, mentálne postihnutých a onkologicky chorých, ktorým je poskytovaná starostlivosť v ústavných zariadeniach.

V súčasnosti prebieha na Slovensku, ako aj v iných krajinách EÚ, proces deinštitucionalizácie. Je vytvorený Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015. Autori príspevkov sa dotýkajú aj tejto oblasti.

Autori sa vo svojich kapitolách venujú analýze súčasného stavu rezidenciálnej starostlivosti (RS) na Slovensku, stavu RS vo vybraných krajinách EÚ a vývoju RS na Slovensku za posledných 5 rokov. Prínosom sú pohľady na rezidenciálnu starostlivosť o rôzne cieľové skupiny.

Uvedomujeme si, že autori sa len dotkli tak širokej témy. Zároveň však veríme, že výstupy, ktoré tento zborník obsahuje, budú prínosom pre ďalší výskum v problematike rezidenciálnej sociálnej práce.

REZIDENCIÁLNA STAROSTLIVOSŤ O SENIOROV

RESIDENTIAL CARE OF SENIORS

PhDr. Michaela Šuľová

Abstrakt

Hlavným cieľom práce je priblíženie rezidenciálnej starostlivosti o seniorov, charakterizovanie rezidenciálnych zariadení určených pre seniorov a analýza rezidenciálnej starostlivosti o seniorov na Slovensku. Práca je rozdelená do štyroch kapitol. Prvá pojednáva o súčasnom stave rezidenciálnej starostlivosti v Slovenskej republike. Definuje pojem rezidenciálnej starostlivosti, poukazuje na zariadenia sociálnych služieb určených pre seniorov a zvlášť charakterizuje zariadenie pre seniorov a hospic. Druhá kapitola rozoberá stav rezidenciálnej starostlivosti o seniorov v krajinách Európy, konkrétne v Českej republike, vo Švajčiarsku a v Nemecku. Tretia kapitola analyzuje vývoj rezidenciálnej starostlivosti o seniorov na Slovensku za posledných päť rokov. Posledná kapitola približuje situáciu rezidenciálnej sociálnej starostlivosti v Košickom kraji a rezidenciálne zariadenia pre seniorov v Košiciach – Arcus, Via Lux a Dom pokojnej staroby A. F. Colbrieho.

Kľúčové slová: Hospic. Rezidenciálna starostlivosť. Senior. Zariadenie pre seniorov.

Abstract

The main objective of this work is to analyse the residential care of seniors, to characterize their residential facilities and the analysis of residential care of seniors in Slovakia. The work is divided into four chapters. The first one is about the current state of residential care in Slovakia. It defines the concept of residential care and mentions facilities of social services designed for seniors. Especially it characterizes facility for seniors and hospice. The second chapter talks about the situation of residential care of seniors in European countries, especially in Czech Republic, Switzerland and Germany. The third chapter analyses the development of residential senior care in Slovakia during the last five years. The last chapter brings us closer to the situation of residential senior care in the region of Košice and residential facilities for seniors in Košice – Arcus, Via Lux and The Peaceful Old Age Home of A. F. Colbrie.

Keywords: Hospice. Residential care. Senior. Facilities for seniors.

1 SÚČASNÝ STAV REZIDENCIÁLNEJ STAROSTLIVOSTI V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

Starnutie je chápané ako nezvratný biologický proces, univerzálny pre celú prírodu, ktorý začína dňom narodenia. Trvanie života je podmienené geneticky, pričom ide o multifaktoriálnu dedičnosť, teda na procese starnutia sa podieľa viacero faktorov súčasne. Starnutie je prirodzeným procesom, zachytávajúcim celé bio-psychosociálno-duchovné spektrum života človeka.[1] Aj keď je to vnútorne, geneticky naprogramovaný proces, no jeho priebeh je ovplyvňovaný vonkajšími faktormi. Priebeh starnutia urýchľujú škodlivé vplyvy prostredia, napr. fajčenie, znečistenie prostredia, choroby. Starnutia má progresívny priebeh, teda nie je možné ho zastaviť. Ide o nezvratný dej, zmeny vyvolané starnutím nie je možné vrátiť späť. Ďalšou významnou vlastnosťou starnutia je nerovnomernosť, niektoré orgány a tkanivá starnú rýchlejšie, iné pomalšie. Prevaha starobných zmien je regresívna, spojená so stratou funkcie.[2]

Problematikou starnutia a starého človeka sa zaoberá gerontológia. Gerontológia je veda o starnutí a starobe, skúma psychické, somatické, sociologické aspekty starnutia a zaoberá sa možnosťami predchádzania starnutia.[3]

„Problém starnutia sa týka každého z nás, aj keď rôzne. Mladej generácie tým, že jej podiel vo vzťahu k starším klesá a mladí sa tak budú musieť naučiť väčšej solidárnosti. Príslušníci strednej generácie budú musieť pracovať dlhšie ako ich rodičia a prarodičia. Pre staršiu generáciu je problém starnutia v kvalite jej života.“[4]

1.1 Zariadenia pre seniorov

Nie každý sa dokáže v období staroby postarať o seba sám, najväčšími problémami býva zhoršený zdravotný stav, neschopnosť pohybu a pod.. Ak starý človek nemá rodinu, prípadne ak jeho najbližší sa nedokážu o neho postarať, či už z časových, finančných alebo iných dôvodov, sú potrebné zdravotnícke zariadenia a zariadenia sociálnych služieb.

---

[1] Porov. BALOGOVÁ, B. *Seniori*. Prešov : Akcent Print, 2005, s. 18.

[2] Porov. HROZENSKÁ, M. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin : Osveta, 2008, s. 22.

[3] Porov. LITOMERICKÝ, Š. *Gerontológia a geriatria*. Bratislava : TELEFLASH, 1993, s. 7.

[4] ŠTATISTICKÝ ÚRAD SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Obyvateľstvo Slovenskej republiky v kontexte Európskeho roku aktívneho starnutia.* Bratislava, 2012, s. 7.

Až do 19. storočia nemožno v dejinách ľudstva nájsť zariadenie, ktoré by sa špecializovalo len na starostlivosť o chorých a nesebestačných seniorov. V ranom stredoveku začínali vznikať tzv. infirmária (lat. infirmus - chorý, slabý, nesmelý), čo boli nemocnice kláštora. Boli určené pre chorých členov rádu, ktorí v kláštore pôsobili. Takto bolo postarané o starých a chorých rehoľníkov. Postupne boli zakladané hospice, hospitály, ich účelom bolo poskytovať starostlivosť o chudobných, chorých, starých a umierajúcich, ale tiež sirotám, pocestným a ďalším potrebným. Starostlivosť nebola nijak špecializovaná, význam hospitálov spočíval skôr v tom, že poskytovali strechu nad hlavou, stravu, možnosť prenocovania. Hospitály zriaďovali biskupi, kláštory a farári, mestá. V stredoveku sa o chorých a ďalších potrebných starali cirkevné rády, ich význam spočíval v zakladaní špitálov a poskytovaní základnej starostlivosti o chorých. Špitály sú považované za predchodcov nemocníc. Medzi prvé cirkevné rády patril rád Maltézskych rytierov, rád sv. Lazára a rád Križiakov s červenou hviezdou. Špitály, rovnako ako hospice, mali charitatívne poslanie, zďaleka nie liečebný význam. Kapacita lôžok stredovekých špitálov bola značne obmedzená, v niektorých zariadeniach bolo umiestnených len 20 i menej osôb. Postupom času sa kapacita zariadení zvyšovala. Úroveň starostlivosti o chudobných, chorých a starých ľudí sa zlepšila s príchodom rádu Milosrdných bratov. Tento rád zakladal špitály, kde bola poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť na vysokej úrovni. Medzníkom v starostlivosti o seniorov bolo zakladanie nemocníc v období vlády Jozefa II. Už jeho matka Mária Terézie zaviedla niekoľko reforiem týkajúcich sa zvýšenia starostlivosti o zdravie obyvateľov. Až po druhej svetovej vojne, keď došlo k zoštátneniu všetkých liečebných a ošetrovacích ústavov, začali postupne vznikať domovy dôchodcov, dnes nazývané zariadenia pre seniorov.[5]

Formy starostlivosti o seniorov môžeme rozdeliť do troch skupín:

1. **starostlivosť zaisťovaná rodinou**,
2. **zdravotná starostlivosť** – nemocnice, hospice, ambulantné a terénne služby, geriatrické denné centrá,
3. **sociálna starostlivosť** – zariadenia pre seniorov, domovy sociálnych služieb, denné centrá.[6]

Rodina je najpodstatnejším prvkom v pomoci seniorovi vyrovnať sa so zmenami, ktoré prináša starnutie. Domáce prostredie, každodenný kontakt s najbližšími má nenahraditeľnú úlohu v emocionálnej, sociálnej i psy-

[5] Porov. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany.* Praha : Grada, 2011, s. 60-62.

[6] Porov. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*, s. 62-66.

chologickej rovine seniora v čase, keď jeho zdravie slabne, zužujú sa sociálne kontakty a narastá závislosť na pomoci. Podiel tejto *neformálnej* pomoci poskytovanej členmi rodiny, susedmi i príbuznými dosahuje u nás asi 70-80%. Podiel *formálneho* sektoru, organizovaného štátom, ošetrovateľskými agentúrami, súkromnými službami a dobrovoľným sektorom zaberá len asi štvrtinu z celkového objemu starostlivosti. V posledných rokoch významne stúpa úloha občianskych združení, cirkevných iniciatív a dobrovoľníctva. Formálnu, organizovanú starostlivosť o seniorov delíme na neinštitucionálnu, poloinštitucionálnu a inštitucionálnu. *Inštitucionálna* starostlivosť môže byť krátkodobá (akútna) alebo dlhodobá (chronická). Poskytuje sa osobám, ktoré zo zdravotných, sociálnych alebo iných príčin nie sú schopné žiť s rodinou alebo samy. Môžeme ju definovať ako komplexnú starostlivosť o človeka v rámci liečebno-ochranného režimu v lôžkovom zariadení inštitúcie príslušného rezortu po dobu 24 hodín. Inštitúcie sú nevyhnutnou súčasťou zdravotníckej a sociálnej starostlivosti o chronicky chorých a starých ľudí. Starostlivosť o seniorov sa zväčša rozdeľuje na sociálnu a zdravotnícku, i keď v starobe je ťažké položiť medzi ne deliacu čiaru a vzájomná podmienenosť oboch je pre starého človeka kľúčová. K *zdravotníckej* patrí všeobecný lekár, sestra pre návštevnú službu, sociálna sestra, geriatrická ambulancia, geriatrická denná nemocnica, geriatrické oddelenie, oddelenie pre starých a dlhodobo chorých, ošetrovateľské oddelenie, hospic, klinika geriatrie a geriatrické centrum. Okrem pracovísk geriatrického odboru sem zaraďujeme liečebne pre dlhodobo chorých, lôžkové oddelenia každého klinického odboru a agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti. K *sociálnej* starostlivosť patrí opatrovateľská služba, organizovanie spoločného stravovania, prepravná služba, sociálna pôžička a starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb.[7]

Podľa zákona č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov patria medzi zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti nemocnice, vysokošpecializované odborné ústavy, odborné liečebné ústavy, liečebne, prírodné liečebné kúpele a hospice.[8]

---

[7] Porov. BARTOŠOVIČ, I. *Seniori v domove dôchodcov*. Bratislava : Charis, 2006, s. 9-10.

[8] Porov. REPKOVÁ, K. *Verejní a neverejní poskytovatelia sociálnych služieb na Slovensku – analýza Centrálneho registra poskytovateľov*. Bratislava : Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2011, s. 11.

Zariadenia, ktoré môžu využívať seniori na zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb podľa *zákona 448/2008 Z. z. o sociálnych službách* sú:

- **Zariadenie podporovaného bývania**

Je určené pre osobu odkázanú na pomoc inej osoby, ak je odkázaná na dohľad, pod ktorým dokáže viesť samostatný život. Zariadenie podporovaného bývania poskytuje okrem dohľadu aj ubytovanie, sociálne poradenstvo, pomoc v právnych vzťahoch, vytvára vhodné podmienky na prípravu stravy a vykonáva sa sociálna rehabilitácia.

- **Zariadenie pre seniorov**

Je určené pre osobu v dôchodkovom veku, ktorá je odkázaná na pomoc inej osoby, alebo poskytovanie sociálnej služby v tomto zariadení potrebuje z iných vážnych dôvodov. V zariadení je seniorom poskytnutá pomoc pri odkázanosti na pomoc inej osoby, sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, ošetrovateľská starostlivosť, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva, osobné vybavenie. Ďalej sa tu utvárajú podmienky na úschovu cenných vecí a seniori majú zabezpečenú aj záujmovú činnosť.

- **Zariadenie opatrovateľskej služby**

Je určené na určitý čas osobe, ktorá je plnoletá a je odkázaná na pomoc inej osoby ak jej nie je možné poskytnúť opatrovateľskú službu. V tomto zariadení sa poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej osoby, sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, ošetrovateľská starostlivosť, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva a sú tu vytvorené podmienky na úschovu cenných vecí.

- **Rehabilitačné stredisko**

Je určené pre osobu, ktorá je odkázaná na pomoc inej osoby, ktorá je slabozraká, alebo nepočujúca alebo ktorá má ťažkú obojstrannú nedoslýchavosť. V rehabilitačnom stredisku sa poskytuje sociálna rehabilitácia, sociálne poradenstvo, pomoc pri odkázanosti na pomoc inej osoby, ubytovanie, stravovanie, pranie, upratovanie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva. To všetko sa poskytuje iba v prípade ambulantnej sociálnej služby, ktorú je možné poskytovať iba na určitý čas.

- **Domov sociálnych služieb**

Je určený pre osobu, ktorá je odkázaná na pomoc inej osoby s minimálnym stupňom odkázanosti V, alebo pre osobu, ktorá je nevidiaca alebo prakticky nevidiaca s minimálnym stupňom odkázanosti III. Poskytuje sa tu pomoc pri odkázanosti na pomoc inej osoby, sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia,

ošetrovateľská starostlivosť, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva, osobné vybavenie.

- **Špecializované zariadenie**

Je určené osobe, odkázanej na pomoc inej osoby s minimálnym stupňom odkázanosti V a má zdravotné postihnutie. V špecializovanom zariadení je klientom poskytnutá pomoc pri odkázanosti na pomoc inej osoby, sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, ošetrovateľská starostlivosť, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva, osobné vybavenie, vreckové a vecné dary dieťaťu s nariadenou ústavnou starostlivosťou.

- **Denný stacionár**

Je určený pre osobu, ktorá je odkázaná na pomoc inej osoby a je odkázaná na sociálnu službu v zariadení. Poskytuje sa na určitý čas počas dňa. V dennom stacionári sa poskytuje pomoc osobe, odkázanej na pomoc inej osoby, sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, stravovanie a zabezpečuje sa pracovná terapia a záujmová činnosť.[9]

1.2 Charakteristika rezidenciálnej starostlivosti

Rezidenciálna starostlivosť predstavuje celodennú nepretržitú, dvadsaťštyri-hodinovú, formu pomoci alebo ochrany s rozmanitou škálou služieb pod jednou strechou. Rezidenciálna sociálna práca nie je v starostlivosti o klientov jediná. Pôsobí v celom kontexte starostlivosti, v ideálnom prípade je súčasťou viacúrovňového modelu pomoci ohrozeným jedincom a skupinám. Rezidenciálnej starostlivosti môže, a ak je to možné aj predchádza, primárna prevencia, kde cieľovou skupinou je celá populácia. Nasledujúcim stupňom je terénna starostlivosť, t.j. práca s klientom v prirodzenom sociálnom prostredí. Ambulantná pomoc je poskytovaná v istých intervaloch a v poradenských podmienkach. Ďalšou formou je semirezidenciálna starostlivosť, ktorá vyjadruje čiastočnosť, neúplnosť, polo-, patria tu denné centrá či sanatória. Intenzívnejším stupňom je potom rezidenciálna pomoc. Pritom platí zásada, že ak nie je nevyhnutne akútne umiestniť klienta do rezidenciálnej starostlivosti, mala by sa skôr využiť menej intenzívna, ale aj menej riziková forma starostlivosti. Na rezidenciálnu starostlivosť môže nadväzovať

[9] Porov. *Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov, čl. I, §34-40.*

postrezidenciálna starostlivosť. Ide o prechod z ústavných, inštitucionálnych podmienok na samostatnú adaptáciu v sociálnom prostredí. [10]

Zariadenia rezidenciálnej starostlivosti poskytujú komplexné služby seniorom, ktorí v dôsledku trvalo zmeneného zdravotného stavu potrebujú permanentnú starostlivosť, ktorú im nemôžu zabezpečiť rodinní príslušníci alebo iné služby sociálnej starostlivosti, prípadne, ktorí potrebujú umiestnenie z iných vážnych dôvodov.[11]

Keďže prijatie starého človeka do inštitúcie patrí medzi najväčšie riziká v geriatrii, základnou otázkou je motivácia na odchod do zariadenia pre seniorov i ostatných druhov starostlivosti. Seniori sa dostávajú do zariadenia nielen pre zhoršenie svojho zdravotného stavu, spojené s bezvládnosťou a odkázanosťou na pomoc, ale i z príčin sociálnych, ak pre hmotnú núdzu už nevládzu udržať svoju domácnosť. Prieskumy ukazujú, že pre podanie žiadosti sa rozhodujú seniori osamelo žijúci a s horším zdravotným stavom. Len v šestine prípadov bol motívom vyšší vek pri pomerne dobrom zdraví a snaha nájsť v zariadení druhý domov.[12] Umiestnenie do inštitucionálneho zariadenia predstavuje pre seniora zásadnú zmenu jeho životného štýlu, ktorá je spojená so stratou zázemia, známeho teritória, sociálnych kontaktov a identity. Starý človek stráca istotu orientácie a pocit bezpečia vyplývajúci zo známeho prostredia. Umiestnenie do inštitucionálneho zariadenia môže senior chápať ako signál blížiaceho sa konca svojho života, čo naň pôsobí stresujúco.[13] K všeobecným *problémom rezidenciálnej starostlivosti* Bartošovič radí nízky počet opatrovateliek, ktoré vykonávajú iba činnosti nenáročné na čas, chýbajúce štandardy, nedostatočný počet lôžok, dlhé čakacie doby, nízka flexibilita v starostlivosti, nedostatok súkromia, zariadenia sú umiestnené v budovách s architektonickými prekážkami, ktoré zhoršujú pohyb ťažko mobilných obyvateľov. Závažným problémom je *inštitucionalizácia*. Seniori stále viac podliehajú anonymite, uniformite a inercii inštitucionálneho života. Dôchodca stráca svoju identitu, stáva sa pasívnym a mení sa na súčasť inštitúcie. Záťaž a riziko inštitucionalizácie spočíva predovšetkým v zmene prostredia, porušení existujúcich spoločenských a príbuzenských kontaktov, ohrození alebo strate

[10] Porov. LABÁTH, V. *Rezidenciálna starostlivosť.* Bratislava : Občianske združenie Sociálna práca, 2004, s. 10; 23.

[11] Porov. ÁČOVÁ, D. *Život seniorov a jeho kvalita.* Olomouc : Univerzita Palackého, 2010, s. 27.

[12] Porov. BARTOŠOVIČ, I. *Seniori v domove dôchodcov*, s. 48.

[13] Porov. ÁČOVÁ, D. *Život seniorov a jeho kvalita,* s. 28.

autonómie a súkromia, zmene sebahodnotenia a strate životnej perspektívy, sebarealizácie, strate alebo obmedzeniu hlbších kontaktov s vonkajším svetom, deprivácii zmyslových vnemov, podnetov, kontaktov, komunikácie a nevhodnom jednaní personálu alebo spolubývajúcich.[14]

Expertná skupina D-I zaoberajúca sa prechodom z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť označuje inštitucionálnu starostlivosť ako každý typ pobytovej služby, kde prijímatelia služby sú izolovaní od širšieho spoločenstva alebo sú nútení k spoločnému žitiu, prijímatelia služieb nemajú dostatočnú moc nad svojimi životmi a nad rozhodnutiami, ktoré sa ich týkajú a požiadavky samotnej organizácie majú tendenciu byť nadradené nad individuálne potreby jednotlivých prijímateľov služieb.[15]

Zariadenia by sa mali riadiť potrebami obyvateľov a ich najvyššieho dobra. Obyvatelia zariadení sú často odsúdení na „stres z nudy“, nedostatok aktivity a stimulácie. Je potrebná rovnaká starostlivosť o potreby fyzické, psychické i duchovné, každému seniorovi treba poskytovať individuálnu starostlivosť a okrem základných potrieb treba uspokojovať aj požiadavky spoločenské i rekreačné. Existuje aj veľa zariadení pre seniorov, ktoré nie sú pravými „domovmi“. Riadia sa výlučne lekárskym modelom, sú skôr nemocnicami, kde sa zabúda, alebo nie je jednoducho čas na duševné a duchovné potreby ich obyvateľov. Podstatným problémom je rozpor medzi záujmami a potrebami klienta na jednej strane a zákonitosťami a nárokmi skupinového života ústavnej komunity na strane druhej.[16]

1.3 Zariadenia rezidenciálnej starostlivosti pre seniorov na Slovensku

K rezidenciálnym zariadeniam, ktoré sú zamerané na seniorov, patrí predovšetkým zariadenie pre seniorov (pôvodne nazývané domov dôchodcov) a hospic.

1.3.1 Zariadenie pre seniorov

Zariadenie pre seniorov vytvára starým ľuďom relatívne dobré podmienky na zabezpečenie ubytovania, ktorého súčasťou môže byť aj poskytnutie osobného vybavenia, ak dôchodca a jeho rodina nemá finančné prostriedky,

[14] Porov. BARTOŠOVIČ, I. *Seniori v domove dôchodcov*, s. 12.

[15] Porov. MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike.* Bratislava, 2011, s. 14.

[16] Porov. BARTOŠOVIČ, I. *Seniori v domove dôchodcov*, s. 13.

stravovania a zaopatrenia. Zariadenie pre seniorov môže a spravidla aj poskytuje ďalšiu starostlivosť, ktorou sa rozumie poradenstvo, kultúrna, záujmová a rehabilitačná činnosť, pričom dôležitá je aj podpora spoločenského vyžitia seniorov v tomto zariadení.[17]

Bartošovič rozlišujem päť skupín faktorov, ktoré ovplyvňujú rozhodnutie o prípadnom odchode do zariadenia pre seniorov:

1. **zdravotné dôvody** - neschopnosť vykonávať základné životné úkony v domácnosti, stála potreba pomoci druhou osobou, pripútanie na lôžko, celkový zlý zdravotný stav, stále subjektívne ťažkosti,
2. **rodinné pomery** - neprítomnosť alebo veľká vzdialenosť detí, zlé kontakty s okolím, zamestnanosť všetkých detí, nesebestačný partner, osamelé bývanie, zlé bytové podmienky detí,
3. **psychologické činitele** - typ osobnosti, dobrá povesť a skúsenosti so zariadením, zachovaná aspoň čiastočná adaptabilita, zmierenie sa s určitou stratou súkromia, skutočnosť, že nechce obťažovať svoje deti,
4. **bytové podmienky** - nespokojnosť s bytom, jeho zlá vybavenosť, nemožnosť rýchlej signalizácie akútnej potreby, architektonické bariéry v byte,
5. **sociálne činitele** - nezaistenie pomoci druhou osobou, nefungujúca opatrovateľská služba.[18]

Zariadenie pre seniorov plní dve základné *funkcie*, prvou je, že odbremeňuje rodinu, resp. rodinné príbuzenstvo a preberá systém celkovej starostlivosti o osobu toho ktorého seniora na vlastné plecia. Druhou je to, že svojim klientom – seniorom poskytuje širokú paletu služieb a starostlivosti v oblasti ubytovania, osobného vybavenia, stravovania, zaopatrenia, poradenstva, zdravotníctva (rehabilitácie, lekárska služba), kultúrneho, záujmového a spoločenského vyžitia. Zariadenie sa snaží poskytovať seniorom komplexnú starostlivosť o ich vlastnú osobu.[19]

1.3.2 Hospic

Často sa stretávame s pojmami paliatívna a hospicová starostlivosť. Tieto dva pojmy sú niekedy zamieňané a chápané ako synonymá. Paliatívnu

[17] Porov. ÁČOVÁ, D. *Život seniorov a jeho kvalita,* s. 27.

[18] Porov. BARTOŠOVIČ, I. *Seniori v domove dôchodcov,* s. 48.

[19] Porov. ÁČOVÁ, D. *Život seniorov a jeho kvalita,* s. 27.

starostlivosť môžeme označiť ako pilier, na ktorom hospicová starostlivosť takmer všetkých hospicových foriem stojí.

Paliatívna starostlivosť je aktívna starostlivosť poskytovaná pacientovi, ktorý trpí nevyliečiteľnou chorobou v pokročilom alebo konečnom štádiu. Cieľom je zmierniť bolesť a udržať čo najvyššiu kvalitu života. Termín paliatívny pochádza z lat. pallium - maska, plášť a v tejto etymológii môžeme nájsť pravú podstatu paliatívnej starostlivosti. Nejde o prikrývanie utrpenia druhých, aby nebolo vidieť, ale ide o obklopenie plášťom empatie, tepla, nežnosti a všestrannej pomoci, aby sa celé utrpenie ľahšie znášalo. Koncepcia o paliatívnej starostlivosti Ministra zdravotníctva Slovenskej republiky definuje paliatívnu starostlivosť ako osobitný druh zdravotnej starostlivosti, ktorá sa poskytuje osobe s chronickou, nevyliečiteľnou a zároveň pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním. Paliatívna starostlivosť smeruje k zlepšeniu možnej kvality života osoby až do smrti, k zmierneniu jej utrpenia, bolesti, k stabilizácii jej zdravotného stavu. Paliatívna starostlivosť zahŕňa tiež podporu a pomoc osobe a jej rodine pri riešení súvisiacich psychických, sociálnych a duchovných problémov.[20]

Hospicová starostlivosť je forma komplexnej ústavnej starostlivosti, ktorá je založená na paliatívnej starostlivosti a naviac zohľadňuje psychické, sociálne a duchovné potreby. Anglický výraz hospic znamenal pôvodne útulok, útočište. Termín bol používaný už v Rímskej ríši a v stredoveku pre tzv. domy odpočinku. Vyhľadávali ich najmä unavení pútnici smerujúci do Palestíny. Hospic stojí na troch pilieroch, a to že klient nebude trpieť neznesiteľnou bolesťou, v každej situácii bude rešpektovaná jeho ľudská dôstojnosť a že v posledných chvíľach života nezostane osamote. Hospicovú starostlivosť Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definuje ako integrovanú formu zdravotnej, sociálnej a psychologickej starostlivosti, poskytovanú klientom všetkých indikačných, diagnostických a vekových skupín, u ktorých je prognózou ošetrujúceho lekára predpokladaná dĺžka života v rozsahu menej ako šesť mesiacov. V rámci hospicovej starostlivosti sa poskytuje paliatívna liečba.[21]

---

[20] Porov. BALOGOVÁ, B. *Seniori*, s. 133; SLÁMA, O. a kol. *Paliativní medicína pro praxi.* Praha : Galén, 2007, s. 25.

[21] Porov. DOBRÍKOVÁ - PORUBČANOVÁ, P. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti*. Trnava : Spolok svätého Vojtecha, 2005. s. 13; SLÁMA, O. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 32.

Formy paliatívnej starostlivosti v Slovenskej republike

Ambulantná forma paliatívnej starostlivosti umožňuje lekárovi riešiť liečbu a s ňou súvisiacu medicínsku starostlivosť o pacienta, súčasne sa riešia ošetrovateľské problémy pacienta. Zabezpečujú ju ambulancie paliatívnej starostlivosti, ambulancie pre liečbu bolesti, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS), stacionáre paliatívnej starostlivosti.

Ústavná forma paliatívnej starostlivosti je spravidla zabezpečovaná v priestoroch nemocnice na oddelení paliatívnej starostlivosti. Zvyčajne izby majú vyčlenený priestor na zdržiavanie sa rodinných príslušníkov. Zabezpečujú ju oddelenia paliatívnej starostlivosti v nemocniciach a iných zdravotníckych zariadeniach, hospice.[22]

Formy hospicovej starostlivosti

Domáca hospicová starostlivosť (mobilný hospic) je pre chorého ideálna forma starostlivosti v prípade, že jeho zdravotný stav je stabilizovaný, symptómy ochorenia pod kontrolou, má vytvorené rodinné zázemie a domáca starostlivosť je dostupná.

Ambulantná hospicová starostlivosť je charakterizovaná tým, že pacient prichádza za odborníkmi, pokiaľ mu to zdravotný stav dovoľuje. Ide tu o pomoc umierajúcim zmierňovať príznaky, prostredníctvom intervencií odborníkov.

Stacionárna hospicová starostlivosť (denné pobyty) sa poskytuje spravidla v stacionároch. Stacionáre sú určené na poskytovanie hospicovej starostlivosti, ktorá je kratšia ako 24 hodín vtedy, ak pacient vyžaduje denne ošetrovateľskú starostlivosť. Pacient prichádza do stacionára ráno a poobede alebo večer sa vracia domov.

Lôžková hospicová starostlivosť sa využíva v prípade, ak rodina nezvláda starostlivosť o chorého, nemá dostatok fyzickej, psychickej sily, chýbajú jej odborné vedomosti. Táto forma je aktuálna vtedy, ak predchádzajúce nestačia, alebo ak nie sú k dispozícií. Starostlivosť poskytuje tím odborníkov 24 hodín denne a je možné, aby s pacientom bývali aj rodinný príslušníci.[23]

[22] Porov. BALOGOVÁ, B. *Seniori*, s. 135.

[23] Porov. DOBRÍKOVÁ - PORUBČANOVÁ, P. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti*, s. 14-15.

1.4 Deinštitucionalizácia

„Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť je proces dlhodobej a zásadnej zmeny systému, ktorého víziou a cieľom je vytvorenie a zabezpečenie podmienok pre nezávislý a slobodný život všetkých občanov, odkázaných na pomoc spoločnosti, v prirodzenom sociálnom prostredí komunity, s dostupnou a koordinovanou sieťou verejných služieb rešpektujúc princípy ľudských práv a rovnosť príležitostí v kontexte individuálnych potrieb prijímateľov. *Deinštitucionalizácia* je jedným zo základných prostriedkov prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, ktorý v rámci viacerých spojených procesov predpokladá úplné zatvorenie a zrušenie inštitucionálnych služieb starostlivosti a zároveň vytvorenie, rozvoj a podporu efektívnej siete nových alebo existujúcich alternatívnych komunitných služieb pre obyvateľov daného územného spoločenstva.“[24]

Deinštitucionalizácia filozoficky vychádza z principiálnej hodnotovo podmienenej zmeny vzťahu k ľuďom odkázaným na dlhodobú pomoc spoločnosti. Predstavuje dlhodobý a hlboký proces zmeny, transformácie systému sociálnych služieb, ich formy, štruktúry, obsahu, miesta a organizácie prejavujúcej sa v odklone od modelu tradičnej starostlivosti v klasických zariadeniach zviazaných inštitucionálnou kultúrou. Je to pohyb v smere od pasívneho modelu ochrany, k aktívnemu modelu podpory v prirodzenom prostredí (tzv. komunitná starostlivosť), k modelu vyžadujúceho zmenu prístupu ku klientom najmä ich rešpektovaním ako jednotlivcov s ľudskou dôstojnosťou a právami. Deinštitucionalizácia je proces prechodu klientov z tradičných zariadení sociálnych služieb, kde sú fyzicky a mentálne izolovaní od bežného života, do komunitných služieb, ktoré spolu utvárajú podmienky pre život zodpovedajúci väčšinovej spoločnosti.[25]

Špecifickým cieľom transformácie a deinštitucionalizácie sociálnych služieb pre seniorov je reprofilizovať existujúce zariadenia pre seniorov na zariadenia s dočasným, krátkodobým, či týždenným pobytom a racionalizovať ich kapacitu pre potreby obyvateľov daného územia. Podmienkou tohto postupu je

[24] MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike*, s. 17-18.

[25] Porov. MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015.* Bratislava, 2011, s. 6.

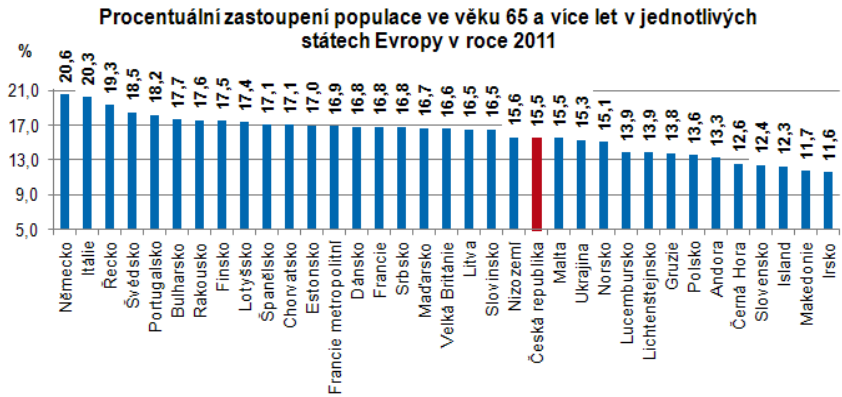
posilnenie sociálnych služieb terénnej a ambulantnej formy, vrátane neformálneho opatrovateľstva. V podmienkach rozptýleného osídlenia, či nevyhovujúcej bytovej štruktúry je vhodné vytvárať nájomný bytový fond pre seniorov v lokalitách s prístupnými verejnými službami. Z hľadiska služieb môže ísť o sociálne nájomné bývanie pre seniorov, kde sa vykonáva dohľad. Osobitné riešenie bude vyžadovať reprofilizácia tých zariadení sociálnych služieb, ktoré poskytujú osobitne intenzívnu sociálnu a zdravotnú starostlivosť pre obyvateľov, pre ktorých iné druhy služieb nie sú vhodné, postačujúce alebo účinné. V roku 2011 sa začalo pracovať na *zákone o dlhodobej starostlivosti*, ktorá bude integrovať potrebnú zdravotnú a sociálnu starostlivosť na jednom mieste, a to buď v nízko kapacitnom zariadení alebo integrovanou ambulantnou a domácou starostlivosťou. Zákon o dlhodobej starostlivosti musí byť postavený na základnom princípe priority komunitnej starostlivosti pred inštitucionálnou starostlivosťou.[26]

2 STAV REZIDENCIÁLNEJ STAROSTLIVOSTI O SENIOROV V KRAJINÁCH EURÓPY

Graf č. 1 nám znázorňuje percentuálne zastúpenie populácie vo veku nad 65 rokov v jednotlivých európskych krajinách. Najvyššie zastúpenie ľudí starších ako 65 rokov má Nemecko s 20,6%, po ňom nasleduje Taliansko s 20,3% a Grécko s 19,3%. Najnižší podiel seniorov má Írsko s 11,6%. Na Slovensku predstavujú seniori z celej populácie podiel 12,4%. Česká republika má percentuálne zastúpenie ľudí starších ako 65 rokov 15,5%.

Graf 1 Percentuálne zastúpenie populácie vo veku 65 rokov a viac v jednotlivých štátoch Európy

[26] Porov. MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike*, s. 19.



Zdroj: Český statistický úřad a Eurostat[27]

Pre priblíženie rezidenciálnej starostlivosti v jednotlivých európskych krajinách sme si zvolili Českú republiku a jej situáciu v oblasti domovov pre seniorov, Švajčiarsko a ich paliatívnu starostlivosť a situáciu hospicovej práce v Nemecku. Ide teda o rezidenciálne zariadenia v sfére sociálnej a zdravotníckej.

2.1 Česká republika

Situácia v Českej republike sa čiastočne zmenila po roku 1989, ale výraznejšie zmeny dosiahla až po vstupe do platnosti zákona č. 108/2006 Sb. o sociálnych službách. Súčasným trendom je prevzatie overeného funkčného modelu zo zahraničia, zvlášť z ďalších členských krajín Európskej únie. Nový sociálny zákon sa dotkol všetkých užívateľov sociálnych služieb a osôb v nepriaznivej sociálnej situácii, pretože nastolil nové pravidlá a vytýčil smer od inštitucionalizácie k deinštitucionalizácii.[28]

Z pohľadu problematiky seniorov a pobytových sociálnych služieb je dôležitá zmienená deinštitucionalizácia. V tomto význame znamená prechod k poskytovaniu sociálnych služieb zameraných na individuálnu podporu života

[27] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD A EUROSTAT. *Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy v roce 2011* .[online]. [cit. 2013-06-28]. Dostupné na internete: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/seniori>.

[28] Porov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálnich zařízeních.* Praha : Grada, 2011, s. 30.

človeka v jeho prirodzenom prostredí. Poskytované sociálne služby pobytových zariadení sú financované viaczdrojovo a podieľajú sa na tom aj úhrady klientov a priznané príspevky na starostlivosť, ktoré v plnej výške náležia pobytovému zariadeniu, ktoré klientovi poskytuje sociálnu službu. Personálne zaistenie v českých pobytových sociálnych zariadeniach vychádza približne v pomeru 1:6 v počte pracovníkov na klienta, pričom do personálneho obsadenia sú započítaní všetci pracovníci v zariadení (administratívni pracovníci, údržbári, upratovačky a pod.). Jeden pracovník v priamej starostlivosti sa stará v priemere približne o 3 až 5 klientov. Sociálne služby môžu poskytovať len registrovaní poskytovatelia sociálnych služieb. Registráciu je možné získať len pri dodržaní stanovených zákonných podmienok. Ide spôsob garancie kvality poskytovaných služieb. Klientom sú služby poskytované na základe spoločne vytvoreného individuálneho plánu. Individuálne plánovanie a sociálne štandardy sú zárukou ochrany práv klienta. Klient sa stáva aktívnym spolutvorcom poskytovanej sociálnej služby a partnerom pracovníkov, ktorí sa o klienta starajú. Už nie je len pasívnym príjemcom prevádzaných činností. Všetky služby, ktoré sú mu poskytované, smerujú k podpore alebo udržaniu jeho sebestačnosti. Cieľom poskytovaných služieb už nie je vykonávať niečo za klienta, ale pomáhať mu a podporovať ho v tom, aby mohol aspoň niektoré činnosti vykonávať sám a bol čo najmenej závislý. Podporovaná je vlastná aktivita klienta Udržiavaním sebestačnosti je zaistená ľudská dôstojnosť seniora, podpora jeho sebavedomia a pocit vlastnej hodnoty.[29]

[29] Porov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálnich zařízeních*, s. 32-33.

Tab. 1 Zariadenia sociálnych služieb v Českej republike v roku 2011

Druh služby	Počet služeb celkem	z toho služby pro pobyt			Porovnání s rokem 2010 (služby celkem)	
		celoroční	týdenní	denní	rozdíl	index (2010=100)
Centra denních služeb	85	0	0	44	0	100,0
Denní stacionáře	245	0	0	151	-3	98,8
Týdenní stacionáře	62	0	62	0	-4	93,9
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	211	211	0	0	-8	96,3
Domovy pro seniory	471	471	0	0	5	101,1
Domovy se zvláštním režimem	189	189	0	0	13	107,4
Chráněné bydlení	131	131	0	0	2	101,6
Azylové domy	205	205	0	0	4	102,0
Domy na půl cesty	36	36	0	0	-6	85,7
Zařízení pro krizovou pomoc	40	4	2	0	-2	95,2
Nízkoprahová denní centra	47	0	0	0	3	106,8
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	222	0	0	0	1	100,5
Noclehárny	62	19	1	37	2	103,3
Terapeutické komunity	16	16	0	0	0	100,0
Sociální poradny	588	0	0	0	-57	91,2
Sociálně terapeutické dílny	112	0	0	42	6	105,7
Centra sociálně rehabilitačních služeb	251	29	2	14	-15	94,4
Pracoviště ranné péče	40	0	0	0	1	102,6
Intervenční centra	18	0	0	0	1	105,9
Služby následné péče	44	14	0	1	5	112,8
ČR celkem	**3075**	**1325**	**67**	**289**	**-52**	**98,3**

Zdroj: Český statistický úřad[30]

V Českej republike bolo v roku 2011 v prevádzke 3075 zariadení sociálnych služieb, a to formou pobytovou celoročnou, týždennou aj dennou. Z toho domovy pre seniorov predstavujú počet 471, všetky s celoročnou pobytovou formou. V porovnaní s rokom 2010 ide o prírastok 5 zariadení tohto typu.

[30] Porov. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Síť vybraných zařízení sociálni péče 2011.* [online]. [cit. 2013-06-28]. Dostupné na internete: <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/3201-12>.

Tab. 2 Počet užívateľov sociálnych služieb v Českej republike v roku 2011

Druh služby	Počet uživatelů (klientů) k 31. 12. 2011		z toho							
			trvale upoutaní na lůžko		mobilní za pomoci druhé osoby		vyžadující nákladné stravování		přijatých na přechodný pobyt	
	celoroční a týd. pob.	denní pobyty	celoroční a týd. pob.	celoroční a týd. pob.	denní pobyty	celoroční a týd. pob.	denní pobyty	celoroční a týd. pob.	denní pobyty
Centra denních služeb	0	1 019	0	0	143	0	33	0	10
Denní stacionáře	0	2 941	0	0	668	0	62	0	6
Týdenní stacionáře	782	0	22	163	0	27	0	19	0
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	13 618	0	1 489	3 049	0	2 163	0	120	0
Domovy pro seniory	36 523	0	8 115	17 075	0	11 248	0	396	0
Domovy se zvláštním režimem	9 415	0	1 997	2 905	0	2 335	0	65	0
Chráněné bydlení	2 567	0	9	228	0	195	0	68	0
Azylové domy	5 124	0	0	11	0	2	0	652	0
Domy na půl cesty	275	0	0	0	0	0	0	26	0
Zařízení pro krizovou pomoc	19	0	0	1	0	0	0	4	0
Nízkoprahová denní centra	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Noclehárny	298	866	0	0	0	0	0	8	30
Terapeutické komunity	211	0	0	0	0	1	0	12	0
Sociální poradny	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sociálně terapeutické dílny	0	1 016	0	0	92	0	4	0	29
Centra sociálně rehabilitačních služeb	615	366	0	11	37	3	0	439	0
Pracoviště rané péče	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Intervenční centra	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Služby následné péče	130	10	0	0	0	0	0	36	0
ČR celkem	**69 577**	**6 218**	**11 632**	**23 443**	**940**	**15 974**	**99**	**1 844**	**75**

Zdroj: Český statistický úřad[31]

Celkový počet užívateľov sociálnych služieb v Českej republike v roku 2011 bol 69 577. Počet klientov domovov pre seniorov bol 36 523 s celoročnou alebo týždennou pobytovou formou. Z toho trvalo pripútaných na lôžko bolo 8 115, mobilných za pomoci druhej osoby bolo 17 075, vyžadujúcich nákladné stravovanie 11 248 a 396 klientov prijatých na prechodný pobyt s celoročnou alebo týždennou formou.

[31] Porov. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Síť vybraných zařízení sociálni péče 2011.* [online]. [cit. 2013-06-28]. Dostupné na internete: <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/3201-12>.

Tab. 3 Zriadovatelia sociálnych služieb v Českej republike v roku 2011

Druh služby	CELKEM		Státní		Krajské		Obecní		Církevní		Ostatní	
	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita
Centra denních služeb	85	1 063	0	0	6	158	23	226	28	201	28	476
Denní stacionáře	245	3 227	3	172	40	621	71	833	57	525	74	1 076
Týdenní stacionáře	62	908	1	85	32	440	8	107	9	83	12	193
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	211	13 978	5	727	157	11 405	28	1 348	12	232	9	266
Domovy pro seniory	471	37 616	0	0	184	17 086	171	15 874	70	2 613	46	2 043
Domovy se zvláštním režimem	189	9 727	0	0	91	5 187	48	2 555	14	367	36	1 618
Chráněné bydlení	131	2 667	3	55	50	1 358	11	342	17	201	48	711
Azylové domy	205	6 245	0	0	2	174	46	1 267	77	2 226	80	2 578
Domy na půl cesty	36	368	0	0	1	4	5	38	8	76	22	250
Zařízení pro krizovou pomoc	40	32	0	0	1	10	2	1	10	10	27	11
Nízkoprahová denní centra	47	0	0	0	0	0	1	0	24	0	22	0
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	222	0	0	0	1	0	17	0	69	0	135	0
Noclehárny	62	1 250	0	0	1	233	12	155	24	399	25	463
Terapeutické komunity	16	249	0	0	1	15	1	15	1	8	13	211
Sociální poradny	588	0	1	0	50	0	26	0	81	0	430	0
Sociálně terapeutické dílny	112	1 080	1	34	14	131	4	64	23	195	70	656
Centra sociálně rehabilitačních služeb	251	1 021	1	15	3	10	0	0	42	140	205	856
Pracoviště rané péče	40	0	1	0	0	0	2	0	12	0	25	0
Intervenční centra	18	0	0	0	6	0	0	0	4	0	8	0
Služby následné péče	44	177	0	0	0	0	2	12	5	8	37	157
ČR celkem	**3 075**	**79 608**	**16**	**1 088**	**642**	**36 832**	**476**	**22 839**	**587**	**7 284**	**1 352**	**11 565**

Zdroj: Český statistický úřad [32]

Zriaďovateľmi zariadení sociálnych služieb v Českej republike môže byť napr. štát, kraj, obec, cirkev. V roku 2011 ku krajským zariadeniam sociálnych služieb patrilo 184 domovov pre seniorov s kapacitou 17 085, k obecným 171 s kapacitou 15 874, k cirkevným 70 s kapacitou 2 613 a k ostatným zriaďovateľom patrilo 46 domovov pre seniorov s kapacitou 2 043 klientov.

V roku 2010 bolo v Českej republike 466 domovov pre seniorov, v roku 2009 počet domovov pre seniorov predstavoval 453 a v roku 2008 to bolo 452

[32] Porov. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Síť vybraných zařízení sociálni péče 2011.* [online]. [cit. 2013-06-28]. Dostupné na internete: <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/3201-12>.

domovov pre seniorov. Teda za posledný päť rokov dochádzalo k postupnému navyšovaniu domovov pre seniorov v Českej republike.[33]

1.2 Švajčiarsko

Paliatívna starostlivosť je v úzkom spojení s geriatriou. Priemerný vek pacientov všetkých zariadení je 66 rokov. Vďaka vývinu paliatívnej starostlivosti je vo veľkej miere postarané o pacientov s rôznymi diagnózami, hlavne onkologickými, kardiologickými ako i neurologickými.

Podobne ako v iných európskych krajinách sa nachádza aj vo Švajčiarsku paliatívna starostlivosť v začiatočných fázach. Od 80-tych rokov sa vyvíjala Palliativ Care v západnom Švajčiarsku, neskôr sa rozšírila aj do ostatných časti krajiny. Snahy vychádzali predovšetkým od odborníkov z oblasti zdravotníctva. Vzhľadom na ponuky paliatívnej starostlivosti existuje vo Švajčiarsku medzi jednotlivými časťami značná nerovnováha. Rozdiely pramenia z federalistickej organizácie zdravotníckeho systému ako i z kultúrnych a sociálnych daností krajiny. Z týchto dôvodov je paliatívna starostlivosť geograficky nerovnomerne zastúpená, čo zapríčinilo, že v niektorých častiach krajiny neexistujú zariadenia s paliatívnou starostlivosťou. Na území Švajčiarska sa nachádza 24 špecializovaných zariadení, okrem ktorých pôsobí často v pozadí množstvo domácich lekárov, lekárov prvej pomoci, ošetrovateľov, sociálnych pracovníkov, psychológov, lekárnikov a dobrovoľníkov. Vo väčšine zariadení je k dispozícii kvalifikovaný personál. Okrem interného vzdelávania má personál možnosť navštevovať externé vzdelávanie prípadne možnosť navštevovať kurzy, kongresy, konferencie ako i prednášky odborníkov. V každej oblasti paliatívnej starostlivosti je zabezpečená supervízia. Ponuka nadregionálnych vzdelávacích programov je široká a siaha až po trojročné univerzitné postgraduálne štúdium.

Chantal Coureur navrhuje delenie paliatívnej starostlivosti na štyri periódy. Prvá perióda je charakteristická hospicovým hnutím, ktoré sa vyvinulo mimo nemocničných štruktúr. Druhou etapou je integrácia paliatívnej starostlivosti do nemocničného prostredia. Nasledujúcou periódou je integrácia paliatívnej medicíny do liečebných ponúk (plánovanie, rozdelenie úloh). Štvrtou etapou je rozširovanie paliatívneho rozvoja v celom zdravotníctve, čo sa doteraz nepodarilo ani v susedných krajinách.

[33] Porov. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Síť vybraných zařízení sociálni péče 2011.* [online]. [cit. 2013-06-28]. Dostupné na internete: <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/3201-12>.

K základným smerniciam paliatívnej starostlivosti vo Švajčiarsku patrí kontrola symptómov (liečenie telesných, zmiernenie psychických, sociálnych problémov), multidimenzionálnosť (bio-psycho-sociálno-duchovný model podľa G.L. Engela), tímová práca (kvalifikovaný multidisciplinárny tím - medicína, opatera, psychológia, sociálna práca, duchovná starostlivosť), empatia a rešpekt, autonómia a dôstojnosť (cieľom je zabezpečiť pokiaľ možno najvyššiu kvalitu života z pohľadu pacienta), systémová orientácia (začlenenie príbuzných, priateľov pacienta), vôľa a kontinuita.

K hlavným štandardom paliatívnej starostlivosti používaných vo Švajčiarsku patrí ohľaduplnosť voči pacientovi (patogenéza), ale i o opatrenia, ktoré podporujú zdravé časti chorého. Zachytáva dimenziu telesnú i psychickú.

1. **Telesná dimenzia**

- Zistiť, či situácia pacienta je skutočne paliatívna a v prípade potreby zabezpečiť potrebné diagnostické pomôcky.
- Zrozumiteľné, rozsiahle a opakované informovanie pacienta a jeho príbuzných.
- Úzka spolupráca s ostatnými medicínskymi odbormi (anestézia, farmakológia, rádioterapia, onkológia apod.).
- Systematické, pravidelné zachytenie všetkých telesných symptómov prostredníctvom interdisciplinárnych tímov.
- Použitie meracích prístrojov pre zhodnotenie priebehu choroby (napr. protokol bolestí).
- Vypracovanie a použitie medicínskych a opatrovateľských vzorov (Guidelines) za účelom liečenia dôležitých telesných symptómov.
- Integrácia ďalších dimenzií (psychologických, sociálnych, náboženských) ako i želaní pacientov do interdisciplinárneho terapeutického plánu.
- Podpora samostatnosti, sebarealizácie pacienta, podpora pri pokuse formulovať svoje želania.

2. **Psychická dimenzia**

- Systematické zaznamenávanie psychických ťažkostí pacienta (napr. strach, predošlé zážitky so smrťou, zlé skúsenosti s opatrovateľmi a lekármi, závislosť následkom choroby, beznádej, depresie)

- Poznať sociálnu sieť a najdôležitejšie vzťahové osoby pacienta.
- Opakované rozhovory o psychických problémoch pacienta v interdisciplinárnych tímoch. [34]

„Heslom Švajčiarskej paliatívnej starostlivosti je: „Paliatívna starostlivosť dnes pre menšinu - zajtra pre všetkých!“ Je to veľká výzva, ktorá chce umožniť ľahší prístup pre každého jedinca.“[35]

1.3 Nemecko

Počínajúc hospicom St. Christopher's v Londýne vzbudila myšlienka hospicov značnú pozornosť. Jej koncept však nie všade našiel súhlas. Práve v Nemecku vzbudila odpor a bola hanobená ako „klinika pre umieranie“. Vo Veľkej Británii Cicely Saundersová po otvorení domova pre 50 smrteľne chorých a starých ľudí zistila, že navzdory všetkému komfortu, ktorý dom ponúkal, väčšina pacientov uprednostňovala, aby mohla zomrieť doma. Z tohto dôvodu v priebehu niekoľkých rokov rozvinula rozšírenú ambulantnú službu, ktorá skoro zaopatrovala viac ľudí než lôžkový sektor. V nasledujúcich rokoch došlo takmer nepozorovane k premene hospica ako „domova pre umierajúcich“ v „živú ideu“, ako to Cicely Saundersová sama pomenovala. Takýto hospic sa presadil v najrôznejších formách a rýchle sa rozšíril do ďalších krajín.[36]

Hospice sa spočiatku v Nemecku vyvíjali skôr ako podvratné hnutia predstavované predovšetkým katolíckymi kňazmi. Napr. v roku 1983 bolo z iniciatívy nemocničného kaplána Zielinskeho otvorené paliatívne oddelenie na chirurgickej univerzitnej klinike v Kolíne nad Rýnom a v roku 1986 rádový duchovný Paul Turks otvoril hospic „Haus Horn“. Prvé hospice boli zakladané predovšetkým ako lôžkové zariadenia. Až postupne sa presadilo poznanie, že „hospic“ znamená v prvom rade koncept a nie inštitúciu. Tak sa ozrejmilo, že hospicová práca by mala slúžiť prianiam umierajúcich ľudí a ich

[34] Porov. KEKETIOVÁ, J. Paliatívna starostlivosť vo Švajčiarsku. In *Zborník príspevkov z Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti*. Trnava : Trnavská univerzita, 2005, s. 169-171.

[35] KEKETIOVÁ, J. Paliatívna starostlivosť vo Švajčiarsku. In *Zborník príspevkov z Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti*, s.171

[36] Porov. STUDENT, J. CH. - MÜHLUM, A. – STUDENT, U. *Sociálni práce v hospici a paliativní péče.* Praha : H & H Vyšehradská, 2006, s. 144.

rodinným príslušníkom, a preto musí predovšetkým umožniť zomrieť doma. Tejto myšlienke sa intenzívnejšie venovali skupiny pracujúce stále viac ambulantne a dobrovoľne. V súčasnosti však existuje relatívne komfortné financovanie lôžkových hospicov, pričom zavedené financovanie ambulantnej hospicovej práce je slabé, finančne skrátené.[37]

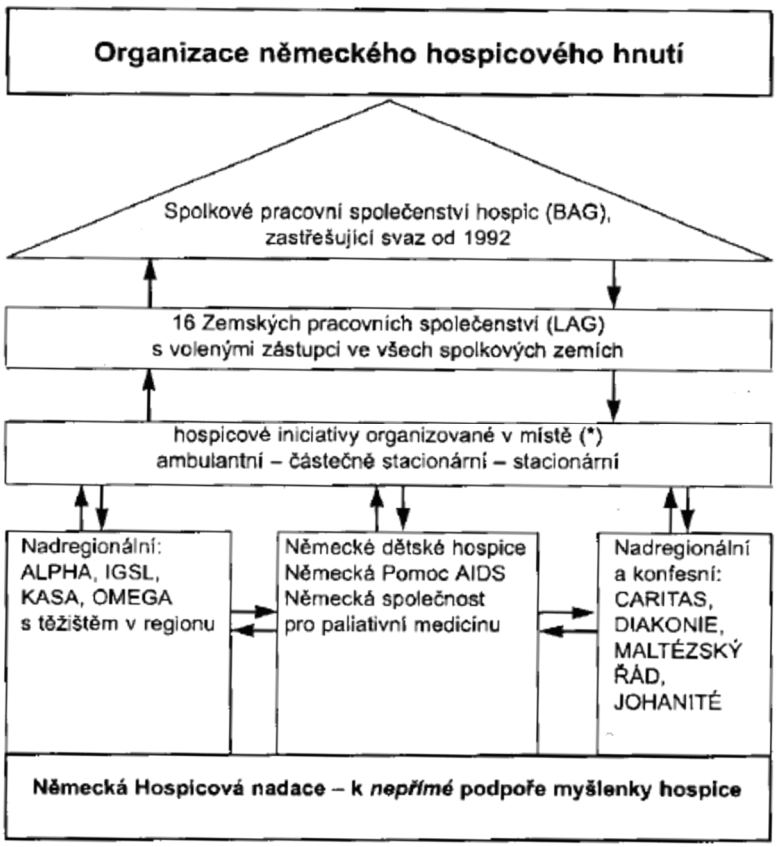
Nemecké hospicové hnutie malo v posledných desaťročiach obtiaže organizovať spoluprácu. V polovici 80-tych rokov Paul Becker založil v Porýni, kde je relatívne vysoká hustota hospicov, Medzinárodnú spoločnosť pre doprevádzanie umierajúcich a pomoc k životu (IGSL). V strednom Nemecku sa približne v rovnakú dobu etabloval zväz Omega, v ktorom sa spojili predovšetkým evanjelicky formované skupiny. Zatiaľ čo IGSL zakladala dôkladnom vzdelaní dobrovoľníkov, Omega zastávala názor, že doprevádzanie umierajúcich je schopný každý človek a nepotrebuje k tomu žiadnu zvláštnu prípravu. K obom inštitúciám sa pridružila v roku 1988 Nemecká hospicová pomoc. Jej hlavným úsilím bolo pôsobiť prostredníctvom tlače a informačných činností na politiku a obyvateľstvo, aby sa stali vnímavejšími voči tejto problematike. V roku 1992 opäť viedli snahy o zjednotenie hospicových iniciatív a hospicov na spolkovej úrovni k založeniu Spolkového pracovného spoločenstva hospic (BAG), čo je zastrešujúca organizácia hospicov v krajine. Tomu zodpovedajú v jednotlivých 16 spolkových častiach *Zemské pracovné společenstvá* (LAG) ako volení zástupcovia obhajujúci záujmy hospicového hnutia na zemských úrovniach. BAG a LAG sa považujú za nadkonfesijné zväzy, zatiaľčo na konfesijnej úrovni sa paralelne rozvinula činnosť Díakonického diela a Charity.

So zreteľom na sociálnu prácu je potrebné konštatovať, že sociálni pracovníci a pedagógovia by mohli v týchto aktivitách zastávať dôležitejšiu úlohu, keďže disponujú odbornými kompetenciami. Realita je však iná. V týchto aktivitách majú najviac priestoru zdravotné sestry a ošetrovatelia, a len s príležitostným vplyvom teológov. Podľa prieskumov boli v roku 2003 v 42 % stacionárnych hospicov a v 53 % paliatívnych oddeleniach aktívne činní sociálni pracovníci, avšak na kľúčových miestach sa doposiaľ neobjavujú. Tento stav má zvlášť v medzinárodnom meradle ešte ďaleko k dokonalosti.[38]

[37] Porov. STUDENT, J. CH. - MÜHLUM, A. – STUDENT, U. *Sociálni práce v hospici a paliativní péče,* s. 148-149.

[38] Porov. STUDENT, J. CH. - MÜHLUM, A. – STUDENT, U. *Sociálni práce v hospici a paliativní péče,* s. 150-151.

Obr. 1 Organizačné formy hospicového hnutia v Nemecku



Zdroj: Porov. STUDENT, J. CH. - MÜHLUM, A. – STUDENT, U. *Sociálni práce v hospici a paliativní péče*, s. 152.

3 VÝVOJ REZIDENCIÁLNEJ STAROSTLIVOSTI O SENIOROV NA SLOVENSKU ZA POSLEDNÝCH PÄŤ ROKOV

„K 21. máju 2011, k rozhodujúcemu okamihu Sčítania obyvateľov, domov a bytov 2011, predstavoval na Slovensku podiel obyvateľov 65-ročných a starších 12,7 %. Aktuálna, každé dva roky zverejňovaná správa Európskej komisie a Eurostatu o demografických trendoch v Európskej únii však upozorňuje, že ak sa na Slovensku zachová súčasný trend demografického vývoja, v roku 2060 budú obyvatelia vo veku 65+ tvoriť už viac ako jednu tretinu jeho populácie (36,1 %). Znamená to, že takým vysokým podielom obyvateľov tejto vekovej kategórie zaujme Slovensko v roku 2060 druhé miesto v rámci členských štátov únie, hneď po Poľsku (36,2 %).“[39]

Tabuľka č. 4 nám znázorňuje zariadenia sociálnych služieb v Slovenskej republike počas rokov 2007 až 2011 a tabuľka č. 5 nám približuje zariadenia sociálnych služieb podľa druhu. Podľa Štatistického úradu Slovenskej republiky bolo v roku 2007 z celkového počtu 824 zariadení sociálnych služieb 206 domovov dôchodcov s kapacitou 13 758 lôžok, pričom obsadených bolo 13 404 miest. V roku 2008 bolo z celkového počtu 873 zariadení sociálnych služieb 208 zariadení pre seniorov (do roku 2008 domovy dôchodcov) s kapacitou 13 922 miest, pričom počet obyvateľov týchto zariadení bol 13 594. V roku 2009 bolo z celkového počtu 955 zariadení sociálnych služieb 222 zariadení pre seniorov s počtom miest 13 893 a počtom obyvateľov 13 706. V roku 2010 bolo z celkového počtu 1060 zariadení sociálnych služieb 263 zariadení pre seniorov s kapacitou lôžok 12 976 a počtom obyvateľov 12 659. V roku 2011 bolo z celkového počtu 1135 zariadení sociálnych služieb 243 zariadení pre seniorov s počtom miest 11 679 a počtom obyvateľov 11 849.

Od roku 2007 sa počet zariadení sociálnych služieb každoročne zvyšoval. Najvyšší prírastok zariadení sociálnych služieb bol zaznamenaný v roku 2010, keď ich celkovo medziročne pribudlo 105. V roku 2011 sa počet zariadení sociálnych služieb v porovnaní s rokom 2010 zvýšil o 75. Uvedený prírastok je nižší ako v roku 2009, keď v porovnaní s rokom 2008 pribudlo na Slovensku 82 zariadení sociálnych služieb. Počet zariadení pre seniorov sa od roku 2007 do roku 2010 zvyšoval. Najvyšší prírastok zariadení bol v roku 2010, až 41. V nasledujúcom roku sa počet zariadení pre seniorov znížil, z 263 na 243. Počet miest v zariadeniach pre seniorov od roku 2009 klesá. V roku 2009 bol

[39] ŠTATISTICKÝ ÚRAD SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Obyvateľstvo Slovenskej republiky v kontexte Európskeho roku aktívneho starnutia*, s. 11.

zaznamenaný medziročný pokles o 29 miest, v roku 2010 o 917 miest a v roku 2011 o 1 297 miest v porovnaní s počtom miest v zariadeniach pre seniorov v predchádzajúcom roku.

Tab. 4 Zariadenia sociálnych služieb

Ukazovateľ	2007	2008	2009	2010	2011
Zariadenia sociálnych služieb	**824**	**873**	**955**	**1 060**	**1 135**
z toho					
Ústavné zariadenia	**549**	**579**	**643**	**707**	**755**
v tom					
pre dospelých	407	436	494	563	613
z toho					
domovy dôchodcov	206	208	222	263	243
domovy - penzióny pre dôch.	15	16	–	–	–
pre deti	142	143	149	144	142
z toho					
detské domovy	86	87	89	89	91
v tom podľa zriaďovateľa					
samosprávny kraj	241	263	279	312	328
úrad práce, soc. vecí a rodiny	71	72	74	72	69
obec	76	79	90	103	119
cirkevné právnické osoby	57	62	73	72	73
ostatné právnické osoby	87	86	106	125	132
fyzické osoby	16	17	19	30	34
Miesta v ústav. zariadeniach	**34 675**	**35 501**	**36 259**	**37 538**	**35 938**
v tom					
pre dospelých	28 159	28 676	29 539	30 969	29 700
z toho					
domovy dôchodcov	13 758	13 922	13 893	12 976	11 679
domovy - penzióny pre dôch.	1 568	1 505	–	–	–
pre deti	6 516	6 825	6 720	6 569	6 238
z toho					
detské domovy	4 428	4 454	4 549	4 563	4 831
v tom podľa zriaďovateľa					
samosprávny kraj	19 958	20 014	19 608	19 993	18 163
úrad práce, soc. vecí a rodiny	4 033	4 060	4 144	4 059	4 073
obec	6 006	6 185	6 436	6 623	6 896
cirkevné právnické osoby	1 657	1 766	2 008	1 987	1 784
ostatné právnické osoby	2 142	2 510	3 468	3 732	3 893
fyzické osoby	891	966	595	1 111	1 129
Obyvatelia ústavných zariadení	**33 568**	**34 692**	**34 527**	**35 889**	**35 878**
v tom					
dospelí	27 360	28 012	28 199	29 333	29 763
z toho					
domovy dôchodcov	13 404	13 594	13 706	12 659	11 849
domovy - penzióny pre dôch.	1 543	1 463	–	–	–
deti	6 208	6 680	6 328	6 556	6 115
detské domovy	4 195	4 210	4 209	4 222	4 619

Zdroj: Štatistický úrad Slovenskej republiky[40]

[40] ŠTATISTICKÝ ÚRAD SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Trendy sociálneho vývoja*

Tab. 5 Zariadenia sociálnych služieb podľa druhu

Ukazovateľ	2007	2008	2009	2010	2011
Spolu	**824**	**873**	**955**	**1 060**	**1 135**
v tom					
domovy dôchodcov	206	208	222	236	243
domovy - penzióny pre dôchodcov	15	16	–	–	–
domovy soc. služieb pre dospelých	186	212	265	338	231
špecializované zariadenie	–	–	7	21	44
denné stacionáre	–	–	6	11	13
domovy soc. služieb pre deti	56	56	59	55	40
detské domovy	86	87	90	89	90
stanice opatrovateľskej služby	5	5	8	9	–
zariadenia pestúnskej starostlivosti	18	20	14	–	–
zariadenia podporovaného bývania	12	17	18	31	26
domovy osamelých rodičov	26	26	33	39	44
útulky	69	72	64	68	70
krízové strediská	21	26	26	28	29
resocializačné zariadenia	21	20	22	19	18
rehabilitačné strediská	15	16	14	14	17
zariadenia opatrovateľskej služby	88	92	96	88	89
nocľaháreň	–	–	10	23	27
domovy na pol ceste	–	–	1	10	15

Zdroj: Štatistický úrad Slovenskej republiky[41]

v SR. Bratislava, 2012, s. 110.

[41] ŠTATISTICKÝ ÚRAD SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Trendy sociálneho vývoja v Slovenskej republike*. Bratislava, 2012, s. 111.

4 SITUÁCIA REZIDENCIÁLNEJ SOCIÁLNEJ STAROSTLIVOSTI V KOŠICKOM KRAJI A REZIDENCIÁLNE ZARIADENIA PRE SENIOROV V KOŠICIACH

Štruktúra obyvateľstva Košického kraja podľa základných vekových skupín podľa EÚ k 31. 12. 2010:

- predproduktívny vek (0 – 14): 136 440,
- produktívny vek (15 – 64): 554 489,
- poproduktívny vek (65 – 100+): 89 071.[42]

V Košickom samosprávnom kraji v roku 2010 poskytovalo služby 29 zariadení pre 1 772 seniorov, čo predstavuje 2 % prijímateľov sociálnych služieb z celkového počtu seniorov, t.j. 88 444. V kraji prevládajú veľkokapacitné zariadenia pre seniorov, ktorých zriaďovateľom je najmä samotný Úrad Košického samosprávneho kraja, nižšiu kapacitu majú potom obce, najnižšiu neverejní poskytovatelia.[43]

Hlavným cieľom priority poskytovania pobytových služieb v súlade s potrebou intenzívnej pomoci je regulácia počtu lôžok v pobytových službách na základe princípu primeranosti intenzity potrebnej pomoci (poskytovať ich len vtedy, ak terénne služby nestačia pokryť potreby občanov). Odôvodnením je relatívny dostatok zariadení Košického samosprávneho kraja (KSK) s celoročným pobytom pre poskytovanie najnáročnejších a najintenzívnejších foriem sociálnych služieb. Opatrením má byť selekcia pri výbere klientov do rezidenčných typov zariadení s celoročným pobytom podľa intenzity a charakteru potrebnej pomoci, pričom je potrebné spracovať kritériá na prijímanie klientov do zariadení s celoročným pobytom. Druhým opatrením má byť systematické zhodnocovanie úrovne kvality a zvyšovanie spokojnosti užívateľov sociálnych služieb, pričom KSK spracuje a zverejní smernicu pre realizáciu monitoringov kvality sociálnych služieb vo svojich zariadeniach, zabezpečí kontinuálne monitorovanie kvality v zariadeniach a na základe výsledkov monitoringov zabezpečí supervíznu pomoc zariadeniam pri implementácii potrebných kvalitatívnych zmien.[44]

---

[42] Porov. KOŠICKÝ SAMOSPRÁVNY KRAJ. *Koncepcia rozvoja sociálnych služieb v Košickom kraji na roky 2007 – 2013/Aktualizácia do roku 2015*. Košice, 2011, s. 11.

[43] Porov. KOŠICKÝ SAMOSPRÁVNY KRAJ. *Koncepcia rozvoja sociálnych služieb v Košickom kraji na roky 2007 – 2013/Aktualizácia do roku 2015*, s. 21-22.

[44] Porov. KOŠICKÝ SAMOSPRÁVNY KRAJ. *Koncepcia rozvoja sociálnych služieb v Košickom kraji na roky 2007 – 2013.* Košice, 2006, s. 33.

K zariadeniam poskytujúcim rezidenciálne sociálne služby seniorom na území mesta Košice patrí Arcus, Via Lux a Dom pokojnej staroby A.F. Colbrieho.

Arcus
Špecializované zariadenie a zariadenie pre seniorov
Skladná 4, Košice

Arcus je rozpočtovou organizáciou, ktorej zriaďovateľom je Košický samosprávny kraj. Arcus je zariadenie s pobytovou celoročnou formou sociálnej služby s kapacitou 200 miest v dvojlôžkových izbách.

Zariadenie poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálnu rehabilitáciu, ošetrovateľskú starostlivosť, pracovnú terapiu, záujmovú a voľnočasovú činnosť, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie, údržbu bielizne a šatstva, osobné vybavenie a utvára podmienky na úschovu cenných vecí. Taktiež disponuje rehabilitáciou (vodoliečba, elektroterapia a magnetoterapia), ktorá sa vykonáva v telocvični, v priestoroch bazéna a sauny. Zariadenie zabezpečuje lekársku starostlivosť prostredníctvom praktického lekára, psychológa, psychiatra a stomatológa. Využíva metódu Snoezelen, určenú pre klientov s Alzheimerovou chorobou, ktorí tvoria základnú štruktúru diagnóz špecializovaného zariadenia. Priestory sú bezbariérové a majú aj vlastnú kaplnku.[45]

Via Lux
Domov sociálnych služieb a zariadenie pre seniorov
Andraščíkova 2, Košice – Barca

Via Lux je rozpočtovou organizáciou, ktorej zriaďovateľom je Košický samosprávny kraj. Ide o zariadenie s pobytovou celoročnou formou sociálnej služby s kapacitou 250 miest v jedno- a dvojlôžkových izbách.

Zariadenie sa nachádza v mestskej časti Košice-Barca, v príjemnom tichom prostredí v bezprostrednej blízkosti parku s jazierkom. Zariadenie poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, služby psychológa, sociálnu rehabilitáciu, záujmovú a voľnočasovú činnosť,

[45] Porov. KSK. *Arcus – Špecializované zariadenie a zariadenie pre seniorov*.[online]. [cit. 2013-06-27]. Dostupné na internete: <http://web.vucke.sk/files/dokumenty/pub/socialne_veci/rollup/rollup_02_arcus.pdf>.

pracovnú terapiu, ošetrovateľskú starostlivosť, rehabilitačné služby (vodoliečba, elektroliečba, fototerapia), ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie, údržbu bielizne a šatstva, osobné vybavenie, utvára podmienky na úschovu cenných vecí. Taktiež zabezpečuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom praktického lekára a viacerých odborných lekárov. Klienti majú k dispozícii spoločenské miestnosti, knižnicu, kaderníctvo a bufet. Priestory zariadenia sú bezbariérové.[46]

Dom pokojnej staroby A.F. Colbrieho
Zariadenie pre seniorov a domov sociálnych služieb
Južná trieda 2, Košice

Zariadenie je v správe Arcidiecéznej charity Košice od roku 2004, budova a časť zariadenia patrí Košickému samosprávnemu kraju. V zariadení sa poskytujú sociálne služby občanovi, ktorý dovŕšil dôchodkový vek a je odkázaný na pomoc inej fyzickej osoby alebo fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a poskytovanie sociálnej služby v tomto zariadení potrebuje z iných vážnych dôvodov. Kapacita zariadenia je 94 klientov v jedno-, dvoj- a trojposteľových izbách. Medzi základné sociálne služby patrí poskytovať opatrovateľskú starostlivosť 24 hodín denne, poskytovať ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržbu bielizne a šatstva, zabezpečovať záujmovú a voľnočasovú činnosť, zabezpečovať základné sociálne poradenstvo pre seniorov a zabezpečiť dôstojný život seniorom. Zariadenie zabezpečuje tiež zdravotnú a rehabilitačnú starostlivosť a služby duchovných. Klienti majú možnosť sebarealizácie prostredníctvom ergoterapie a pracovnej terapie, pripravujú sa pre nich prednášky a besedy na aktuálne témy, majú možnosť relaxácie prostredníctvom muzikoterapie, realizujú sa pre nich rôzne spoločenské podujatia, k dispozícii je vlastná knižnica. Súčasťou budovy je aj kaplnka, v ktorej sú denne slúžené sv. omše, na ktorých sa okrem obyvateľov domova zúčastňujú aj veriaci z blízkeho okolia, čím sa do istej miery odbúrava izolovanosť obyvateľov zariadenia.

[46] Porov. KSK. *Via Lux – Domov sociálnych služieb a zariadenie pre seniorov.*[online]. [cit. 2013-06-27]. Dostupné na internete: <http://web.vucke.sk/files/dokumenty /pub/socialne_veci/rollup/rollup_13_via_lux.pdf>.

V zariadení sa nachádza aj Zariadenie opatrovateľskej služby s kapacitou 20 klientov.[47]

[47] Porov. ARCIDIECÉZNA CHARITA KOŠICE. *Dom pokojnej staroby A.F. Colbrieho.*[online]. [cit. 2013-06-27]. Dostupné na internete: <http://www.charita-ke.sk/Dom-pokojnej-staroby-A-F-Colbrieho-Kosice.php>.

POUŽITÁ LITERATÚRA

ÁČOVÁ, D. *Život seniorov a jeho kvalita.* Olomouc : Univerzita Palackého, 2010, 65 s.

BALOGOVÁ, B. *Seniori*. Prešov : Akcent Print, 2005. 103 s. ISBN 80-969274-1-8.

BARTOŠOVIČ, I. *Seniori v domove dôchodcov.* Bratislava : Charis, 2006, 156 s. ISBN 80-88743-63-X.

DOBRÍKOVÁ - PORUBČANOVÁ, P. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti*. Trnava : Spolok svätého Vojtecha, 2005. 277 s. ISBN 80-7162-581-7.

HROZENSKÁ, M. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin : Osveta, 2008. 181 s. ISBN 978-80-8063-282-3.

KOŠICKÝ SAMOSPRÁVNY KRAJ. *Koncepcia rozvoja sociálnych služieb v Košickom kraji na roky 2007 – 2013.* Košice, 2006, 51 s.

KOŠICKÝ SAMOSPRÁVNY KRAJ. *Koncepcia rozvoja sociálnych služieb v Košickom kraji na roky 2007 – 2013/Aktualizácia do roku 2015*. Košice, 2011, 60 s.

LABÁTH, V. *Rezidenciálna starostlivosť.* Bratislava : Občianske združenie Sociálna práca, 2004, 144 s. ISBN 80-89185-03-7.

LITOMERICKÝ, Š. a kol. *Gerontológia a geriatria.* Bratislava : TELEFLASH, 1993. 278.s. ISBN 80-900545-5-2.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálnich zařízeních.* Praha : Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike.* Bratislava, 2011, 26 s.

MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015.* Bratislava, 2011, 22 s.

MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany.* Praha : Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

REPKOVÁ, K. *Verejní a neverejní poskytovatelia sociálnych služieb na Slovensku – analýza Centrálneho registra poskytovateľov.* Bratislava : Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2011, 34 s.

SLÁMA, O. a kol. *Paliativní medicína pro praxi.* Praha : Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.

STUDENT, J. CH. – MÜHLUM, A. – STUDENT, U. *Sociálni práce v hospici a paliativní péče.* Praha : H & H Vyšehradská, 2006, 161 s. ISBN 80-731.9-059-1

ŠTATISTICKÝ ÚRAD SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Obyvateľstvo Slovenskej republiky v kontexte Európskeho roku aktívneho starnutia.* Bratislava, 2012, 91 s. ISBN 978-80-8121-144-7.

ŠTATISTICKÝ ÚRAD SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Trendy sociálneho vývoja v Slovenskej republike.* Bratislava, 2012, 146 s. ISBN 978-80-8121-127-8.

Zborníky

KEKETIOVÁ, J. Paliatívna starostlivosť vo Švajčiarsku. In *Zborník príspevkov z Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti.* Trnava : Trnavská univerzita, 2005. 169-171 s. ISBN 80-88949-84-X.

Internetové zdroje

ARCIDIECÉZNA CHARITA KOŠICE. *Dom pokojnej staroby A.F. Colbrieho.*[online]. [cit. 2013-06-27]. Dostupné na internete: <http://www.charita-ke.sk/Dom-pokojnej-staroby-A-F-Colbrieho-Kosice.php>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD A EUROSTAT. *Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy v roce 2011* . [online]. [cit. 2013-06-28]. Dostupné na internete: <http://www.czso.cz/ csu/redakce.nsf/i/seniori>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Síť vybraných zařízení sociálni péče 2011.* [online]. [cit. 2013-06-28]. Dostupné na internete: <http://www.czso.cz /csu/2012edicniplan.nsf/p/3201-12>.

KSK. *Arcus – Špecializované zariadenie a zariadenie pre seniorov.*[online]. [cit. 2013-06-27]. Dostupné na internete: <http://web.vucke.sk/ files/dokumenty/pub/socialne_veci/rollup/rollup_02_arcus.pdf>.

KSK. *Via Lux – Domov sociálnych služieb a zariadenie pre seniorov.*[online]. [cit. 2013-06-27]. Dostupné na internete: <http://web.vucke.sk/ files/dokumenty/pub/socialne_veci/rollup/rollup_13_via_lux.pdf>.

Zákony

Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

PhDr. Michaela Šuľová
Katolícka univerzita v Ružomberku
Teologická fakulta
Katedra sociálnej práce
Hlavná 89, Košice
mmichaela.sulova@gmail.com

REZIDENCIÁLNA STAROSTLIVOSŤ V ONKOLOGICKEJ OBLASTI

RESIDENTIAL CARE IN ONCOLOGY AREA

Mgr. Silvia Václavíková

Abstrakt

Autorka v príspevku popisuje sociálnu prácu v rámci rezidenciálneho zariadenia v oblasti hospicovej (paliatívnej) starostlivosti o onkologického pacienta na Slovensku a vybraných krajinách EÚ. Analyzuje základné štatistické údaje, v ktorých nachádza nezrovnalosti v poskytovaní skutočnej lôžkovej starostlivosti. Zdôrazňuje nedostatočne rozvinutú sociálnu starostlivosť o onkologického pacienta v domácom prostredí. Popisuje rozdiel medzi zdravotníckou a sociálnou rezidenciálnou prácou.

Abstract

Paper describes social work within residential facility in area of palliative care for oncologic patients in Slovakia and selected EU countries. Article analyses basic statistical data, and discovers discrepancies in the provisioning of the actual bed care. It underlines the underdevelopment of social care for oncologic patients in home environment and describes the difference between health and social residential work.

Kľúčové slová: Rezidenciálna starostlivosť. Hospicová a paliatívna starostlivosť. Sociálna práca. Sociálny pracovník. Onkologický klient.

Keywords: Residential care. Hospice and palliative care. Social work. Social worker. Oncology client.

Úvod

Rezidenciálna starostlivosť o onkologických pacientov je pomerne náročná. Samotný klient je ovplyvňovaný množstvom atribútov, ako je diagnostika, prijatie onkologického ochorenia, onkologická liečba, zmena sociálneho prostredia či osobnosť klienta. Súčasťou starostlivosti o onkologických pacientov je aj rezidenciálna sociálna práca.

Rezidenciálna sociálna práca je pojem, ktorý v podmienkach Slovenska je stále pomerne novým a pre mnohých aj neznámym pojmom, no v medzinárodnom meradle je používaný bežne. V súčasnosti najzaužívanejším východiskovým bodom pre rezidenciálnu sociálnu prácu je teoretická koncepcia, ktorá ju predstavuje ako „celodennú nepretržitú (dvadsaťštyri hodinovú) formu pomoci, alebo ochrany s rozmanitou škálou služieb.“[1]

S poskytovaním rezidenciálnej práce nepochybne súvisí úloha sociálneho pracovníka. Sociálny pracovník ako súčasť dynamiky a kultúry rezidenciálneho zariadenia má pritom veľmi dôležité postavenie. Dovolíme si tvrdiť, že sa jedná o jednu z najťažších prác, ktorej základnou črtou by mal byť komplexný, neodsudzujúci, motivačný, ochranný prístup s vierou vo vlastné schopnosti klienta. Takýmto postojom môže sociálny pracovník veľkou mierou prispieť k rozvoju rezidenciálnej práce a starostlivosti. Sociálna práca a sociálny pracovník sa stáva integrálnou súčasťou starostlivosti o onkologického klienta prostredníctvom sociálnej intervencie[2] a to hlavne v období rekonvalescencie, kedy pacient prestáva byť v každodennom kontakte či už so zdravotníckym, alebo ošetrovateľským personálom. Tu chceme upozorniť na fakt, že od sociálneho pracovníka sa vyžadujú dostatočne znalosti v oblasti orientácie v metodológii, indikácií a formách aplikácie sociálnej intervencie. Z vlastnej skúsenosti autorky môžeme povedať, že najvýznamnejšou oporou pre klienta s onkologickým ochorením sú dostatočne pevné väzby so sociálnou sieťou vrátane rodinných príslušníkov.

Za zlomový bod v rezidenciálnej sociálnej práci považujeme veľmi významný fenomén, ktorým bol prechod od justičného konceptu starostlivosti cez terapeutický koncept a koncept osobnej zodpovednosti až po samotnú deinštitucionálnu starostlivosť. Pri každom modeli rezidenciálnej starostlivosti

[1] KOTRADYOVÁ, K. - KALANIN, P. *Rezidenciálna starostlivosť a jej formy.* Ružomberok : Edičné stredisko Pedagogickej fakulty, 2008. s. 9.

[2] SOCIÁLNA INTERVENCIA- je zaradená medzi metódy SP. Používa sa na označenie zámerného zasahovania do spôsobov konania jednotlivcov, skupín či inštitúcií, do ich životných a pracovných podmienok, do štruktúry vzťahov. Je jediná účinná forma pomoci pri riešení soc. problémov, zvládaní spol. kríz, ktoré sú spojené s absenciou finančných, inštitucionálnych či právnych zdrojov. Soc. intervencia je vlastné jadro soc. práce s klientom – sociálna terapia. Uskutočňuje sa v rámci soc. polí – je to prostredie kde pôsobí soc. pracovník. Porov. ONDRUŠOVÁ, Z. *Základy sociálnej práce.* Brno : MSD, 2009. s. 93.

je nevyhnutná sociálna služba, ktorá je potrebná na poskytovanie sociálnej starostlivosti.[3]

Pri pohľade na túto tému je treba opomenúť aj zákon zákonov Slovenskej republiky (ústavu) kde sa vo všeobecnom ustanovení uvádza že „Ľudia sú slobodní a rovní v dôstojnosti i v právach. Základné práva a slobody sú neodňateľné, nescudziteľné, nepremlčateľné a nezrušiteľné. Garantované je aj právo na nedotknuteľnosť osoby, jej súkromia a dôstojnosti“[4]

S uvedenou citáciou súvisí rezidenciálna starostlivosť poskytovaná v hospicových zariadeniach, ktoré sú spojené práve s rešpektovaním ľudských práv a dôstojnosti.

Rezidenciálne inštitúcie môžu mať rôznu formu, poslanie a ciele. Za základné úlohy týchto zariadení považujeme:

- pomoc, útočisko, podporu a liečbu jedincovi, alebo jeho rodine;
- chránia spoločnosť pred nebezpečnými jedincami alebo skupinami.[5]

Rezidenciálna sociálna práca sa realizuje v tých rezidenciálnych zariadeniach, kde sa uplatňuje rozmer sociálny. Teda pomoc je poskytovaná chovancom, klientom, odsúdeným občanom ale aj pacientom, v našom prípade pacientom s onkologickým ochorením. Pôsobenie sociálneho pracovníka, tým nadobúda rozmer sociálny (pôsobenie v sociálnych rezidenciálnych zariadeniach) a rozmer zdravotný (pôsobenie v oblasti zdravotných problémoch).[6]

Je potrebné zdôrazniť, že rezidenciálnu prácu chápeme z pohľadu dvoch dimenzií (sociálnej a zdravotníckej) a v tejto línii sa tejto problematike budeme venovať.

Súčasný stav rezidenciálnej starostlivosti v SR o onkologických pacientov

Usporiadanie ústavov, ktoré poskytujú rezidenciálnu starostlivosť je veľmi rozmanité a je dôležité, aby bolo v súlade s nárokmi súčasnej modernej doby. Ak hovoríme o začiatkoch rezidenciálnej starostlivosti, musíme mať na pamäti

[3] Porov. KOTRADYOVÁ, K. Kalanin, P. *Rezidenciálna starostlivosť a jej formy.* s. 9.
[4] *Ústava Slovenskej republiky.* Bratislava : Kancelária Národnej rady SR, 2004. 8 s.
[5] Porov. LABÁTH, V. *Rezidenciálna starostlivosť.* Bratislava : Občianske združenie Sociálna práca, 2004. s. 15.
[6] Porov. LABÁTH, V. *Rezidenciálna starostlivosť.* s. 12.

to, že v európskom kontexte vychádza z lásky a pomoci blížnemu teda je úzko spätá s kresťanovom.[7]

Za počiatky rezidenciálnej starostlivosti o chorých jedincov na Slovensku sa považuje rok 1095 kedy anoniti založili špitál sv. Ladislava v Bratislave, ktorý považujeme za prvú nemocnicu na Slovensku. V roku 1963 vznikla Útulňa pre starcov v Trnave. Vznikali rôzne spolky ako napr. halierový spolok, ktorý obstarával oblečenie, drevený spolok drevo na zimu. Cirkev v začiatkoch rezidenciálnej starostlivosti na prelome 18 a 19. storočia, kedy vzniká špecializovaná ústavná starostlivosť, poskytovala zdravotnú a sociálnu starostlivosť iba v kláštoroch v Bratislave, Levoči, Liptovskom Mikuláši, Plešivci, Jelšave či Prešove.[8]

V súčasnosti v podmienkach Slovenskej republiky je rezidenciálna starostlivosť o onkologických pacientov poskytovaná prostredníctvom nemocničných zariadení a hospicových (ako samostatných) zdravotníckych zariadení. Za základný rozdiel medzi týmito dvoma zariadeniami považujeme režimový systém ako aj rozsah starostlivosti o onkologicky chorého klienta sociálnym pracovníkom.

Nemocničné zariadenia zaraďujeme k uzatvoreným alebo totálnym inštitúciám, kde profesionálny a sociálny život je limitovaný len na areál nemocnice, platia všeobecne pravidlá, dôraz sa kladie na režim a hrozí tzv. inštitucionálna mortalita, kedy je klient považovaný za kus a stáva sa neosobným číslom.[9]

Ako druhú možnosť starostlivosti o onkologického pacienta sme uviedli hospicové zariadenia, ktoré sú v zákone o zdravotnej starostlivosti č. 578/2004 Z. z. definované ako samostatné zdravotnícke zariadenia, určené na poskytovanie paliatívnej starostlivosti so sídlom v samostatnej budove. Tieto zariadenia poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť na oddeleniach paliatívnej medicíny. Zaraďujeme ich k polootvoreným alebo otvoreným inštitúciám, kde je kontakt so sociálnym prostredím intenzívnejší, a neprevláda v nich striktný režim ako v totálnych inštitúciách.[10]

---

[7] Porov. LEVICKÁ, J. *Náčrt dejín sociálnej práce.* Trnava : SAP, 1999, s. 16.

[8] Porov. KOTRADYOVÁ, K., Kalanin, P. *Rezidenciálna starostlivosť a jej formy.* s. 16 - 17.

[9] Porov. LABÁTH, V. *Rezidenciálna starostlivosť.* s. 17-20.

[10] ZÁKON 578 z 5. februára 2013 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Úloha sociálneho pracovníka v rezidenciálnej starostlivosti je odvodená od samotného prístupu, ktorý si sociálny pracovník zvolí. Môže ísť o.

- direktívny prístup – preberá rozhodnutie za klienta, je založený na profesionalite, znalostiach a skúsenostiach pracovníka;
- nedirektívny prístup – konduktorský prístup.[11]

Sociálny pracovník v interakcií s klientom plní nezastupiteľnú a veľmi dôležitú úlohu jednak komunikátora a na druhej strane recipienta.[12]

Je na mieste položiť si otázku: Do akej miery je poskytovaná sociálna starostlivosť o onkologického klienta sociálnym pracovníkom v takýchto zariadeniach? Ak vychádzame z Labáthovej dilemy v ktorej má administratívny prístup ku klientovi prednosť pred interaktívnym, môžeme konštatovať, že sociálny pracovník prichádza do interakcie s klientom iba veľmi málo res. vôbec, nakoľko prax prejavuje silný sklon práve k administrácií na úkor klienta.[13]

Stav rezidenciálnej starostlivosti o onkologických pacientov v krajinách EÚ

V českej republike v roku 2010 bolo do Národného onkologického registra nahlásených 82 606 prípadov zhubných novotvarov a novotvarov in situ, čo predstavuje oproti predchádzajúcemu roku nárast o 4%. V tom istom roku na onkologické ochorenie zomrelo 27 834 osôb čo je nárast o 0,6 %.[14]

Podľa údajov vyžiadaných zo štatistického úradu z ČR sa na jej území vyskytuje viac ako 85 % pobytových zariadení a ústavov sociálnej starostlivosti, ktoré sú prevažne zriadené obcami, alebo krajmi. Neštátne

[11] Konduktorský prístup – chápeme ako metódy, formy a postupy na základe ktorých sociálny pracovník hľadá v klientovi skryté potenciály a napomáha mu ich rozvíjať. Sociálny pracovník tu vystupuje ako katalyzátor problému. Porov. KOTRADYOVÁ, K. Kalanin, P. *Rezidenciálna starostlivosť a jej formy.* s.115.

[12] Recipient – počúvajúci res. prijímateľ, ktorý vie verbálne ale i neverbálne prejaviť aktívne počúvanie .Porov. KOTRADYOVÁ, K. Kalanin, P. *Rezidenciálna starostlivosť a jej formy.* s.115.

[13] Porov. LABÁTH, V. *Rezidenciálna starostlivosť.* s. 17-20.

[14] Porov. ÚZIS ČR. *Incidence zhoubných nádoru v ČR.* In: http://www.uzis.cz/rychle-informace/zhoubne-nadory-roce-2010. (12.06.2013).

organizácie poskytujú hlavne terénne a ambulantné sociálne služby. V roku 2011 bolo v českej republike 16- násť hospicových zariadení so 460 lôžkami.

Tab. 1 *Počet prípadov hospitalizácie pre vybrané základné diagnózy (C00-D48, Z51.0, Z51.1) v lôžkových zdravotníckych zariadeniach v ČR.*

Rok	Fakultná nemocnica	Ostatné nemocnice	Liečebne pre dlhodobo chorých	Ostatné odborné liečebné ústavy	Hospice	Ostatné lôžkové zdravotnícke zariadenia	**Spolu**
2007	75 379	129 642	2 664	3 427	2 049	765	213 926
2008	77 298	130 530	2 619	2 684	2 065	699	215 895
2009	75 798	130 332	2 806	2 316	2 304	633	214 189
2010	77 921	132 036	2 774	2 672	2 501	570	218 474
2011	77 851	129 118	3 013	2 467	2 669	541	215 659

Zdroj: Národný register hospitalizovaných, ÚZIS ČR.

Získané dáta z Ústavu zdravotníckych informácií a štatistiky v ČR vypovedajú o počte hospitalizovaných onkologických pacientov v jednotlivých zdravotníckych zariadeniach a liečebniach. Z tabuľky je zrejme, že najväčší počet hospitalizovaných pacientov za všetky roky je uvedený v ostatných nemocniciach a najmenší počet v ostatných lôžkových zdravotníckych zariadeniach. Môžeme si všimnúť, že v hospicových zariadeniach počet hospitalizovaných každoročne mierne stúpa. Vo fakultných nemocniciach sú tieto počty pomerne rovnaké a v ostatných liečebných ústavoch počet každým rokom mierne klesá. V liečebniach pre dlhodobo chorých počet hospitalizovaných pacientov na onkologické ochorenie je kolísavý. Informácie týkajúce sa ambulantnej a domácej starostlivosti o spomínaných pacientov sa nám však nepodarilo získať, nakoľko Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky v ČR takými informáciami nedisponuje. Z uvedeného nám vyplýva, že stav rezidenciálnej starostlivosti o onkologicky chorých pacientov v ČR je pomerne stabilný. Tento stav je podmienený trvalým záujmom po tomto type služieb a dopredu stanovenými finančnými zdrojmi. Jedná sa o dotácie

z Ministerstva financií a úhrady od samotných užívateľov služieb, stanovených vyhláškou MPSV.[15]

V Poľsku sa hospicové hnutie začalo rozvíjať začiatkom 70-tych rokov, t.j. v rokoch, kedy v našom štáte nebolo možne zakladať hospice, ani oddelenia paliatívnej medicíny. Prvý hospic zriadili pre chorých s onkologickými ochoreniami v Krakove roku 1972. Najväčší rozmach hospicového hnutia zaznamenali v 80-tych rokoch, keď vzniklo 10 nových hospicov. V roku 2007 už v Poľsku existovalo 67 lôžkových hospicov – stacionárov, 256 zariadení pre domácu hospicovú starostlivosť pre dospelých, t.j. mobilných hospicov a 36 mobilných hospicov pre deti, 66 oddelení paliatívnej medicíny a 141 poradni paliatívnej medicíny. V súčasnosti v Malopoľskom vojvodstve existuje 130 hospicov, z toho 10 diecéznych. Podporuje ich 27 neziskových organizácii.

Prognóza rozvoja paliatívno - hospicovej a dlhodobej starostlivosti v Poľsku v krátkodobom horizonte rokov 2009–2012:

Treba riešiť najmä rozpor medzi zvýšeným nárastom dlhodobo chorých a hospicových pacientov v terminálnej fáze života a úmerne tomu aj zvyšovanie personálnych i finančných požiadaviek, tiež konkurenciu privátnych ziskových zariadení. Je potrebné brať aj do úvahy zvýšenú potrebu starostlivosti o chorých s onkologickými ochoreniami a dlhodobo chorých starších pacientov Predpokladá sa, že problém bude treba rieši skôr svojpomocne a opatera chorých sa presunie z inštitúcií do rodín a do trvalej pracovnej náplne najmä domácich služieb starostlivosti. Rodiny bude treba uviesť do problému opatery blízkych.[16]

Vykonávatelia poskytujúci rezidenciálnu starostlivosť v USA vychádzajú so samotnej filozofie starostlivosti. Počas dvoch desaťročí sa v USA vyvinul koncept uznávanej starostlivosti, ktorá je legitimovaná akceptovanými štandardmi, certifikátmi a akreditačnými programami. Základné princípy a zásady v sebe zahŕňajú:

- prístup k starostlivosti;
- pacient a rodina je jednotkou starostlivosti. [17]

[15] Porov. KONCEPCE A TRANSFORMACE POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČR. In: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf. (06.06.2013).

[16] PALIATÍVNA MEDICÍNA A LIEČBA BOLESTI- In: http://www.solen.sk/index.php. (06.06.2013)

[17] Interné materiály Asociácie paliatívnej starostlivosti.

Odhaduje sa, že v roku 2011 využilo v USA hospicové služby vyše 1.651 miliónov pacientov. Z toho 1,059,0001 pacientov zomrelo v hospicovej starostlivosti, 313,0001 zostalo v hospicovej starostlivosti (známy ako "prenosy") a 278,0001 pacientov, boli prepustený z dôvodu rozšírených prognóz.[18]

***Tab. 2** Miesto úmrtia pacienta*

Miesto úmrtia	*2010*	*2011*
Bydlisko pacienta	66,7%	66,4%
Súkromná rezidencia	41,1%	41,6%
Domáca ošetrovateľská starostlivosť	18,0%	18,3%
Bytové zariadenia	7,3 %	6,6 %
Hospic lôžkových zariadení	21,9%	26,1%
Akútna starostlivosť v nemocnici	11,4%	7,4%

Zdroj: www.nhpco.org/research.

Z tabuľky nám vyplýva, že väčšina starostlivosti o pacientov 66,4 % je poskytovaná doma. Okrem súkromnej rezidencie je poskytovaná aj starostlivosť v domovoch dôchodcov a to v nízkych percentách. Percentá pacientov hospicu a ošetrovateľských služieb v hospicových lôžkových zariadeniach sa znížil oproti roku 2010 z 21,9% na 26,1%.[19]

Vývoj rezidenciálnej starostlivosti o onkologických pacientov v SR – analýza

Na základe koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore klinickej onkológie, ktorá poskytuje širokú škálu starostlivosti pacientom s nádorovým ochorením alebo s ochorením, ktoré je spojené s vysokým rizikom vzniku nádorovej choroby sú aj povinné hlásenia zhubného nádoru do Národného registra pacientov s onkologickým ochorením podľa osobitného predpisu. Jeho charakteristickou vlastnosťou je prelínanie sa liečebnej a paliatívnej starostlivosti. Liečebná starostlivosť sa poskytuje v úzkej spolupráci s inými

[18] National Hospice and PalliativeCare Organization.In: www.nhpco.org/research.(06.06.2013).
[19] National Hospice and PalliativeCare Organization.In: www.nhpco.org/research. (15.06.2013).

medicínskymi odbormi, najmä s chirurgickými odbormi, odborom radiačnej onkológie, paliatívnej starostlivosti a inými odbormi podľa charakteru ochorenia.

Pracoviská hlásia údaje v rozsahu, spôsobom a v termínoch určených Národným centrom zdravotníckych informácií (ďalej len „NCZI“). Pracoviská poskytujú ministerstvu zdravotníctva údaje pre zisťovania a hlásenia na účel zdravotníckej štatistiky prostredníctvom NCZI. Pri tejto činnosti sú povinné dodržiavať záväzné štandardy pre informačné systémy v pôsobnosti ministerstva zdravotníctva. Každý lekár pracoviska klinickej onkológie poskytuje ďalšie údaje pre štatistické spracovanie aj podľa vyžiadania

- hlavnému odborníkovi pre klinickú onkológiu,
- výboru Onkologickej spoločnosti Slovenskej lekárskej spoločnosti,
- Národnému centru zdravotníckych informácií,
- iným povereným osobám a inštitúciám (úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, zdravotným poisťovniam, lekárovi samosprávneho kraja).

Analýzu incidencie zhubných nádorov v Slovenskej republike vykonáva NCZI minimálne jedenkrát ročne, prostredníctvom oddelenia Národného onkologického registra Slovenskej republiky. Za analýzu úmrtnosti zodpovedá Štatistický úrad Slovenskej republiky, ktorý vydáva ročne oficiálne štatistiky zomretých. Na základe týchto údajov predkladá Onkologická spoločnosť Slovenskej lekárskej spoločnosti návrhy intervenčných stratégii hlavnému odborníkovi pre klinickú onkológiu.[20]

V správe z národného centra zdravotníckych informácií z roku 2010 sa uvádza, že v slovenskej populácií v posledných rokoch pribúda viac ako 25 000 novo nahlásených zhubných nádorov (vrátane in situ). Takmer 70 % nádorov sa vyskytuje u žien a mužov vo veku nad 60 rokov. Vývoj vekovo-špecifickej incidencie[21] charakterizujú nasledujúce porovnávacie zistenia:

[20] KONCEPCIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V ODBORE KLINICKÁ ONKOLÓGIA In: http://www.tvojlekar.sk/koncepcia-zdravotnej-starostlivosti-v-odbore-klinicka-onkologia.php.(15.06.2013).

[21] INCIDENCIA - počet *novovznikutých* ochorení počas určitého obdobia (najčastejšie roku) na určitom území. Incidencia sa najčastejšie počíta za kalendárny rok a prepočítava sa na 1 000, 10 000 alebo 100 000 osôb exponovanej populácie. Je ukazovateľom morbidity (chorobnosti).Porov NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. *Zdravotnícka ročenka*. Bratislava, 2011.

U mužov:

- miera incidencie za 20 rokov poklesla jedine vo vekovej skupine 40-49 ročných mužov, a to

o 10,4%;

- vo všetkých ostatných vekových skupinách mužov miera incidencie stúpla: u 50-59 ročných o+1,2%, u 60-69 ročných o +28,8%, u 70-79 ročných o +35,7% a u 80 a starších až o +43,6%;
- Vzostup incidencie u mužov je podmienený predovšetkým vzostupom incidencie zhubných

nádorov kolorekta a prostaty vo vekových skupinách nad 50 rokov.

U žien:

- pozorovať nárast incidencie (aj keď pri výrazne nižších hodnotách) vo všetkých hodnotených vekových skupinách: u 30r. o +38%, u 40r. o +27,7%, u 50r. o +29,4%, u 60r. o +35,9% u 70r. +34,1% a u 80r. a starších o +40,6% ;
- stúpajúce celkové hodnoty incidencie u žien sú podmienené hlavne vzostupom ochorení na

zhubné nádory prsníkov vo vekových skupinách nad 40 rokov a kolorekta vo vekovej skupine

nad 60 rokov.[22]

Posledné mesiace života pacienta s progregujúcim onkologickým ochorením sú náročne hlavne na intenzívne poskytovanie či už ambulantnej, domácej alebo medicínskej starostlivosti. Tieto zložky zaraďujeme do paliatívnej starostlivosti, ktorá je spojená s vyššími finančnými nákladmi. Intenzívna dlhodobá starostlivosť o onkologického pacienta by mala byť poskytovaná v hospicových zariadeniach prostredníctvom paliatívneho tímu. Dôraz by sme mali klásť na ambulantnú a domácu starostlivosť, ktoré na Slovensku ešte nie sú dostatočne rozvinuté. Z nášho prieskumu vieme, že takéto zariadenie sa nachádza v blízkosti Nitry. Jedná sa však o súkromné zariadenie. Zo zariadení poskytujúcich paliatívnu starostlivosť s lôžkovou starostlivosťou, by sme mohli spomenúť Geriatrický ústav v Košiciach. Z doteraz uvedeného nám vyplýva, že nedostatkom rozvinutej domácej a ambulantnej paliatívnej starostlivosti sa zvyšuje tlak na lôžkové zariadenia či už nemocníc alebo oddeleniach paliatívnej medicíny.

[22] Porov. ZHUBNÉ NÁDORY V SR. V*ybrané epidemiologické ukazovatele.* In: http://data.nczisk.sk/publikacie/analyticke/zhubne_nadory_sr.pdf (15.06.2013).

Vzhľadom na to, že oddelenia paliatívnej medicíny sa spomínajú ročenkách[23] od roku 2006, rozhodli sme sa do analýzy zapojiť aj tento rok. Ochorení na zhubné nádory za rok 2004 bolo hlásených spolu 25 171, z toho 12 894 u mužov a 12 277 u žien. V spomínanej ročenke sa uvádza, že je evidovaných 13 272 zdravotníckych zariadení a z toho len sedem hospicov. Z nezdravotníckych zariadení päť mobilných hospicov. V porovnaní s ČR ide o polovicu menší počet hospicových zdravotníckych zariadení.

Pri štúdiu dokumentov a dostupných materiálov z Národného ústavu zdravotníckych informácií a aktualizácie národného programu podpory zdravia v SR, ktorý bol vypracovaný Ministerstvom zdravotníctva SR sme zistili, že uvedené štatistické údaje sa oblasti percentuálneho vyjadrenia incidencie a miery úmrtnosti na nádorové ochorenia rôznia. Preto z ročenky (2011) okrem paliatívnej medicíny, ktorej počet hospitalizovaných pacientov bol 1397 a z toho zomretí 350 spomenieme ústavnú hospicovú starostlivosť, ktorej počet hospitalizovaných bol 835 a z toho zomretí 513 pacientov.[24]

Tab. 3 *Súbor štatistických jednotiek miery úmrtnosti na onkologické ochorenia*

Súbor štatistických jednotiek	**Rok 2007**	**Rok 2008**	**Rok 2009**	**Rok 2010**
Počet obyvateľov	5 400 998	5 412 254	5 424 925	5 435 273
Incidencia nádorov	14164 u mužov 13967 u žien	13013 u mužov 12410 u žien	13241 u mužov 12653 u žien	14164 u mužov 13967 u žien
Miera úmrtnosti	24,4 % 19,8 %	24,6 % 20,3 %	25,4 % 23,3 %	26,2 % 23,9 %

Zdroj: Zdravotnícke ročenky národného ústavu zdravotníckych informácií.

Analýzou štatistických jednotiek a na základe údajov za obdobie štyroch rokov ktoré uvádzame v tabuľke môžeme potvrdiť kontinuálne stúpanie počtu ochorení incidencie zhubných nádorov u príslušníkov oboch pohlaví. Aj

[23] Ročenka 2006 – nám najbližší rok, kedy sa udáva paliatívna medicína, no v skutočnosti tento pojem sa objavuje už v ročenke z roku 2003.

[24] Porov. NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. *Zdravotnícka ročenka.* Bratislava, 2011. s. 126.

napriek tomu, že trend miery úmrtnosti v SR na príčinu, ktorá sa uvádza najčastejšie (obehová sústava) považujeme zistené informácie v oblasti miery úmrtnosti na nádorové ochorenia za alarmujúci. Pacienti s ochorením v pokročilom štádiu zomierajú približne do dvoch rokov. Počet obyvateľov je uvádzaný vždy ku koncu predchádzajúceho roka. Myslíme si, že aj napriek snahe a apelu o pozitívnu zmenu v preventívnych prehliadkach je potrebné vyvíjať ešte väčšie úsilie pôsobnosti na širokú verejnosť, aby ochorenie bolo zistené včas a tým by sa znížilo percento mortality, keďže mortalita na nádorové ochorenia je na druhom mieste celkového počtu obyvateľstva.

Tab. 4 *Štatistický súbor jednotiek posteľového fondu v onkologických zariadeniach a paliatívnej medicíne*

Rok	Zariadenie	Počet hospitalizovaných pacientov	Zomretí
2007	Onkologické zariadenia	4986	46
	Paliatívna medicína	1918	840
2008	Onkologické zariadenia	9308	78
	Paliatívna medicína	2367	988
2009	Onkologické zariadenia	12602	121
	Paliatívna medicína	2151	916
2010	Onkologické zariadenia	12732	97
	Paliatívna medicína	1270	308

Zdroj: Zdravotnícke ročenky národného ústavu zdravotníckych informácií.

Z výsledkov prezentovaných údajov na Slovensku je potreba lôžkových zariadení pre potreby paliatívnej medicíny len čiastočne pokrytá posteľami. Ako sme uviedli vyššie v ústavnej hospicovej starostlivosti bolo poskytnutých iba 835 lôžok, pričom sme ale zistili, že spomínaná štatistika nepodáva relevantný obraz o skutočnosti a odchýlka medzi štatistickými údajmi a skutočne poskytovanými službami je veľká. Štatistické údaje, ktoré uvádzame v tabuľke za rok 2010 sú bližšie k realite s klesajúcou tendenciou. Z uvedeného nám vyplýva, že zistiť údaje o poskytovaní paliatívnej starostlivosti nie je ľahké a jednoznačné. Interpretácia týchto čísiel je pomerne zložitým procesom, ktorý sa odvíja nielen od vzrastajúceho počtu klientov, ale aj do zmien a štruktúry zdravotníckej starostlivosti, zmien liečebných a diagnostických postupov a ďalších faktorov. V problematike hospicov je

štatistika ešte menej relevantná a málo výpovedná. Svetová legislatíva hovorí o tom, že návštevu pacientom doma umožňuje iba praktickému lekárovi a jeho sestre. No aj napriek tomu na území napr. Spiša fungujú mobilné hospice, ktoré zastrešuje Katolícka charita a ktoré poskytujú služby a starostlivosť seniorom v ich prirodzenom domácom prostredí.

Legislatíva v oblasti hospicovej starostlivosti

Pred rokom 1989 pojmy hospic alebo hospicová starostlivosť na Slovensku neboli veľmi známe a to nielen medzi občanmi, ale aj u odborníkov z medicínskeho odboru. Za významný dokument v oblasti starostlivosti o terminálne chorého pacienta bolo Odporúčanie rady Európy č. 1418 / 1999 Ochrana ľudských práv a dôstojnosti terminálne chorých. S pojmom paliatívna starostlivosť sa po prvý krát stretávame v zákone č. 277/ 1994 o zdravotnej starostlivosti. Hospic ako zariadenie, ktoré poskytuje paliatívnu starostlivosť je uvedené v zákone č.118/2002 a tento termín upravuje aj vyhláška Ministerstva zdravotníctva VSR č. 770/2004. Dňa 19.06.2006 Ministerstvo zdravotníctva SR podľa § 45 ods. 1 písmeno a) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov vydalo Koncepciu zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti.

Definíciu, čo je hospic, uvádzame v prvej kapitole. Je potrebné upozorniť na fakt, že aj napriek tomu, že hospic je určený pre terminálne chorého pacienta, nesľubuje uzdravenie, ale rovnako neberie nadej.

Myšlienka hospicu vychádza z úcty k človeku ako k jedinečnej a neopakovateľnej bytosti a z jeho potrieb: biologických, psychologických, sociálnych a duchovných.

Hospic nevyliečiteľne chorému a zomierajúcemu pacientovi garantuje, že nebude trpieť neznesiteľnou bolesťou, vždy bude rešpektovaná jeho ľudská dôstojnosť, v posledných chvíľach života nezostane sám.

Paliatívna (Hospicová) starostlivosť sa poskytuje formou ústavnej a ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Ústavnú zdravotnú starostlivosť v odbore paliatívna medicína vykonávajú:

- Hospice ako samostatné zdravotnícke zariadenia určené na poskytovanie paliatívnej starostlivosti so sídlom v samostatnej budove. Paliatívnu starostlivosť poskytovanú hospicmi označujeme ako hospicovú starostlivosť.
- Oddelenia paliatívnej medicíny v nemocniciach a iných zdravotníckych zariadeniach. ako ich organizačná súčasť. Optimálny počet postelí je 10 až 20,

odporúčajú sa jednoposteľové izby s príslušenstvom pre pacientov, pri ktorých je možnosť ubytovania blízkej osoby. Pobyt pacienta s nevyliečiteľným ochorením a zomierajúceho pacienta na oddelení sa riadi jeho potrebami. Prijatie na oddelenie sa dohovorí obvyklým spôsobom konzília medzi primármi jednotlivých oddelení, pričom dôraz sa kladie na neodkladnosť liečby bolesti a iných príznakov ochorenia alebo závažných psychosociálnych ťažkostí.

- Jednotky paliatívnej medicíny, zriaďované pri geriatrických, iných zdravotníckych a sociálnych zariadeniach. Predstavujú samostatnú jednotku pozostávajúcu z 2 až 3 jednoposteľových izieb, určenú pre pacientov vyžadujúcich paliatívnu starostlivosť.

Ambulantná zdravotná starostlivosť v odbore paliatívna medicína v podobe domácej starostlivosti (návštevná služba vykonávaná tzv. mobilným hospicom) je ideálnou formou starostlivosti o nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich pacientov za podmienok, že ich zdravotný stav je stabilizovaný, symptómy ochorenia pod kontrolou, pacient má rodinné zázemie a domáca starostlivosť je dostupná v jeho okolí.

Ambulantnú zdravotnú starostlivosť v odbore paliatívna medicína vykonávajú:

- mobilné hospice ako návštevnú službu lekára, sestry a podľa potreby ďalších zdravotníckych pracovníkov zdravotníckeho zariadenia hospicu v domácom prostredí pacienta s nevyliečiteľným ochorením a zomierajúceho pacienta
- ambulancie paliatívnej medicíny, vrátane návštevnej služby lekára a sestry v domácom prostredí pacienta s nevyliečiteľným ochorením a zomierajúceho pacienta,
- stacionáre paliatívnej medicíny poskytujú celodennú ambulantnú paliatívnu starostlivosť, ktorá je kratšia ako 24 hodín, ak pacient s nevyliečiteľným ochorením a zomierajúci pacient vyžaduje denne ošetrovateľskú starostlivosť, ak rodina nevládze zabezpečiť sociálne zázemie 24 hodín denne, alebo ak rodina potrebuje ostať ekonomicky aktívna.[25]

V roku 2000 bola na pôde MZ SR v rámci projektu PHARE vypracovaná „Charta práv pacientov v Slovenskej republike“, kde je v článku 8 stručne upravená „Starostlivosť o chorých a umierajúcich“. Charta bola schválená vládou Slovenskej republiky 11. apríla 2001 uznesením č. 326. Pacient má

[25] Porov. PALIATÍVNA A HOSPICOVÁ STAROSTLIVOSŤ. In: http://www.hospice.sk/(15.06.2013).

právo v nevyliečiteľnom štádiu ochorenia na takú úľavu a zmiernenie bolesti, ktoré zodpovedajú súčasným vedomostiam a možnostiam zdravotnej starostlivosti o umierajúcich. Medzi práva nevyliečiteľne chorých pacientov patrí:

- nevyliečiteľne chorý a umierajúci pacient má právo na humánnu starostlivosť;
- pacient má právo na dôstojné umieranie;
- pacient má nárok na dôsledné rešpektovanie písomnej žiadosti nebyť resuscitovaný;
- pacient môže odmietnuť aplikáciu liečebných zákrokov a postupov. [26]

Záver

Obraz onkologického ochorenia vzbudzuje u pacientov pocit beznádeje, prázdnoty, „rozsudku smrti." Pacient stráda toto ochorenie partikulárne teda nie iba na jednom mieste, ale tak duševne ako aj telesne a má rovnako aj sociálne a psychické dôsledky. Ochorenie sa dotýka aj blízkych členov jeho rodiny. Preto je veľmi dôležitá koncepcia sociálneho pracovníka v rezidenciálnych zariadeniach (tak v zdravotníckych ako aj sociálnych) s pacientom a jeho rodinou, kde významnou sa stáva sociálna intervencia, ktorá pozitívne ovplyvňuje kvalitu života onkologických pacientov, bráni depresiám, ovplyvňuje zlepšenie mentálne a fyzické a pomáha pri adaptabilite na dôsledky nádorových ochorení. Vzhľadom na potreby súčasnej doby je nevyhnutné zriadiť väčší počet rezidenciálnych zariadení v ktorých sa poskytuje hospicová starostlivosť o onkologických pacientov, bez ohľadu na to, či je pacientovi poskytovaná ambulantná, domáca starostlivosť, alebo starostlivosť na akútnom posteľovom oddelení v nemocnici. Takisto považujeme za potrebné, aby došlo k zlepšeniu kvality a rozsahu poskytovanej sociálnej práce v spomínaných zariadeniach.

Analýzou štatistických údajov, sme zistili, že mortalita a incidencia onkologického ochorenia ma neustále progresívnu tendenciu a to tak u mužov ako aj žien. Opisujeme aj postavenie paliatívnej medicíny v onkologickej starostlivosti na Slovensku. Zistili sme, že posteľový fond paliatívnej medicíny sa modeluje skôr náhodne, získané údaje nie sú dostatočne relevantná a rôznia sa. Dochádza k redukcii nedostatočného počtu lôžok v paliatívnej medicíne. Preto je nevyhnutné výrazne zlepšiť podmienky pre prácu Národného

[26] Porov. CHARTA PRAV PACIENTA. In: http://www.informovanypacient.sk/source/download/ (17.06.2013).

onkologického registra, ale aj nedostatky, ktoré lekárom sťažujú plniť si ich zákonom stanovené povinnosti o hlásení prípadov zhubných nádorov do registra.

Štúdiom legislatívneho rámca zastrešujúceho paliatívnu a hospicovú starostlivosť na Slovensku zisťujeme aj nedostatky týkajúce sa paliatívneho (hospicového) prístupu. Za nedostatočne rozvinuté považujeme aj nezdravotnícke formy hospicovej starostlivosti, ktoré by umožňovali klientovi dôstojný prístup v jeho prirodzenom sociálnom prostredí. Preto do pozornosti dávame aj napr. chýbajúce alebo neadekvátne sociálne alebo inštitucionálne prostredie, v ktorom by sa človek mohol v pokoji rozlúčiť so svojimi príbuznými a priateľmi, nedostatočný počet lôžkových rezidenciálnych zariadení ako aj nedostatočné zohľadnenie psychologických, sociálnych a duchovných potrieb klienta.

POUŽITÁ LITERATÚRA

KOTRADYOVÁ, K. - KALANIN, P. *Rezidenciálna starostlivosť a jej formy*. Ružomberok : Edičné stredisko Pedagogickej fakulty, 2008. 140 s. ISBN 9788080842840.

LABÁTH, V. *Rezidenciálna starostlivosť*. Bratislava : Občianske združenie Sociálna práca, 2004. 144 s. ISBN 80-89185-03-7.

LEVICKÁ, J. *Náčrt dejín sociálnej práce*. Trnava : SAP, 1999, 101 s. ISBN 80-88908-29-9.

ONDRUŠOVÁ, Z. *Základy sociálnej práce*. Brno : MSD, 2009. s. 139 s. ISBN 978-80-7392-109-5.

Ústava Slovenskej republiky. Bratislava : Kancelária NR SR, 2004. 8 s.

NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. *Zdravotnícka ročenka*. Bratislava : NCZI, 2006. 202 s. ISBN 978-80-89292-07-3.

NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. *Zdravotnícka ročenka*. Bratislava : NCZI, 2007. 198 s. ISBN 978-80-89292-13-4.

NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. *Zdravotnícka ročenka*. Bratislava : NCZI, 2008. 208 s. ISBN 978-80-89292-17-2.

NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. *Zdravotnícka ročenka*. Bratislava : NCZI, 2009. 218 s. ISBN 978-80-89292-23-3.

NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. *Zdravotnícka ročenka*. Bratislava : NCZI, 2010. 258 s. ISBN 978-80-89292-28-8.

NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. *Zdravotnícka ročenka*. Bratislava : NCZI, 2011. 258 s. ISBN 978-80-89292-30-1.

NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. *Incidencia zhubných nádorov SR*. Bratislava : NCZI, 2006. 178 *s*. ISBN 978-80-89292-21-9.

NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. *Štatistika hospotalizovaných v SR*. Bratislava : NCZI, 2012. 81 s.

MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike*, 2011. In: http://www.employment.gov (15.06.2013)

Charta práv pacienta. In: http://www.informovanypacient.sk/source/ (17.06.2013).

Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore klinická onkológia. In: http://www.tvojlekar.sk/koncepcia.onkologia.php. (15.06.2013).

Koncepce a transformace pobytových sociálních služeb v ČR. In: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf. (06.06.2013).
National Hospic and Palliative Care Organization. n: www.nhpco.org/ research. (06.06.2013).
Paliatívna a hospicová starostlivosť. In: http://www.hospice.sk (15.06.2013).
Paliatívna medicína a liečba bolesti. In: http://www.solen.sk. (06.06.2013).
ÚZIS ČR. *Incidence zhoubných nádoru v ČR*. In: http://www.uzis.cz/. (12.06.2013).
Zhubné nádory v sr. V*ybrané epidemiologické ukazovatele*. In: http://data.nczisk.sk/publikacie/analyticke/zhubne_nadory_sr.pdf (15.06.2013).
Zákon 578 z 5. februára 2013 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. In: http://jaspi.justice.gov.sk/ jaspiw1/jaspiw_mini_fr0.htm. (15.06.2013).

Mgr. Silvia Václavíková
Katolícka univerzita v Ružomberku
Teologická fakulta
Katedra sociálnej práce
Hlavná 89, Košice
s.vaclavikova@gmail.com

REZIDENCIÁLNA SOCIÁLNA PRÁCA – ÚSTAVNÉ ZARIADENIA PRE DETI. VÝVOJ A SÚČASNÝ STAV NA SLOVENSKU A VO VYBRANÝCH KRAJINÁCH EÚ

RESIDENTIAL SOCIAL WORK – RESIDENTIAL INSTITUTIONS FOR CHILDREN. TREND AND CURRENT STATUS IN SLOVAKIA AND SELECTED EU COUNTRIES

Mgr. Soňa Vancáková

Abstrakt

Príspevok sa venuje inštitucionálnej starostlivosti v rezidenciálnych zariadeniach. Ústavná (rezidenciálna) starostlivosť sa vykonáva v zariadeniach úplne uzavretých, polootvorených a otvorených. Autorka poukazuje na výhody a nevýhody týchto zariadení. Príspevok je zameraný na popis súčasného stavu rezidenciálnej starostlivosti na Slovensku, ako aj na vývoj tejto starostlivosti v rokoch 2000 – 2011. V závere autorka poukazuje na osobné skúsenosti vo vybraných rezidenciálnych zariadeniach na Slovensku.

Kľúčové slová: Deinštitucionalizácia. Deti. Detské domovy. Inštitucionálna starostlivosť. Rezidenciálne zariadenia.

Abstract

This contribution applies to institutional care in residential facilities. Constitutional (residential) care is performed in facilities that are fully closed, semi open and open. The author points out advantages and disadvantages of these facilities. The contribution is focused on description of current status of residential care in Slovakia as well as on trends of such care in 2000 – 2011. In conclusion the author points out personal experience in selected residential facilities in Slovakia.

Keywords: Children. Children´s home. Deinstitutialisation. Institutional care. Residential facilities.

1 SÚČASNÝ STAV REZIDENCIÁLNEJ STAROSTLIVOSTI V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

Pod pojmom **rezidenciálna starostlivosť (RS)** chápeme celodennú, nepretržitú formu pomoci klientom. Týmto klientom sa poskytujú rôzne služby pod jednou strechou.[1]

Synonymom pojmu rezidenciálna starostlivosť je starostlivosť inštitucionálna, alebo ústavná. Podrobnejšie môžeme inštitucionálnu starostlivosť chápať ako každý typ sociálnej starostlivosti, kde:

- sú prijímatelia sociálnych služieb izolovaní od širšieho spoločenstva a/alebo nútení k spoločnému spolunažívaniu,
- prijímatelia sociálnych služieb nemajú dostatočnú moc nad svojim životom a nad rozhodnutiami, ktoré sa ich dotýkajú,
- požiadavky samotnej organizácie majú tendenciu byť nadraďované nad individuálne potreby jednotlivých prijímateľov sociálnych služieb.[2]

Podľa Goffmana sú totálne inštitúcie charakteristické tým, že väčší počet podobne situovaných jedincov je na dlhší čas odrezaných od vonkajšej spoločnosti, navonok vedie uzavretý a formálne spravovaný spôsob života. Je to inštitúcia, kde pod jednou strechou sa dejú všetky aktivity (jedlo spánok, oddych, práca) a ktoré bežne ľudia vykonávajú na rôznych miestach. Pobytové zariadenie sociálnych služieb sú zhodné s totálnymi absenciou súkromného priestoru. Jediným súkromným priestorom pre klientov sú izby, aj tie však klienti obývajú spolu s ďalšími klientmi. Ďalším negatívom je, že všetky činnosti sa vykonávajú spoločne, v rovnakom čase, v prítomnosti iných osôb a pod dohľadom autorít. Ak by človek v takejto inštitúcii chcel byť sám, má sťažené podmienky nájsť si vhodné miesto a čas, pretože je tam permanentná prítomnosť iných osôb.[3]

---

[1] Porov. LABÁTH, V. *Rezidenciálna starostlivosť*, Bratislava : OZ Sociálna práca, 2004, s. 10.

[2] MPSVR SR, *Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015.* [online]. [2013-05-21]. Dostupné na internete: *http://www.bgsfm.sk/stranka_data/subory/bg_mvo/nap-di.pdf*.

[3] Porov. VÁVROVÁ, S. *Kontext transformace pobytových sociálních služeb.* Zlín : UTB, 2009. s. 17.

1.1 Typy rezidenciálnych inštitúcii

Rezidenciálne inštitúcie delíme na uzatvorené (totálne), polootvorené a otvorené. Základné charakteristiky týchto inštitúcii podávame v prehľadnej tabuľke č.1.

Tabuľka č. 1 Prehľad znakov rezidenciálnych inštitúcií [4]

Znaky	**Uzavreté (totálne)**	**polootvorené**	**otvorené**
Kontakt s prirodzeným prostredím	Separácia, izolácia	obmedzený	intenzívny
Miera ochrany KL	vysoká	určitá	nízka
Mobilita	neexistuje	Krátkodobé opustenie inštitúcie	Relatívne voľná
Prístup ku KL	Disciplinárne opatrenia, dôraz na režim, narábanie s trestom, inštitucionálna mortalita – potláčanie individuálnych znakov KL	Väčší dôraz na motiváciu KL, práca so zodpovednosťou KL	Individuálny, KL sa podieľa na tvorbe programu, dôraz na pozitívnu atmosféru v RS, stimulácia motivácie KL
Vzdelávanie, rekreácia	Sociálny život za prítomnosti iných ľudí v inštitúcii	aj mimo areálu	Mimo areálu

Ako uvádza Labáth[5], výskum uzavretých a polootvorených rezidenciálnych inštitúcií, ktorý bol uskutočnený v druhej polovici 90. rokov priniesol šokujúce

[4] Porov. LABÁTH, V. *Rezidenciálna starostlivosť*, Bratislava : OZ Sociálna práca, 2004, s. 17-19.

výsledky. Čím dlhšie sú mladí ľudia v ústave, tým menej sa ich ubližovanie iným spája s nepríjemnými pocitmi. Za povšimnutie stojí aj tvrdenie mnohých odborníkov – že v rezidenciálnom pobyte, ktorý trvá dlhšie ako dva roky, začínajú prevládať negatívne vplyvy nad pozitívnymi a to bez ohľadu na typ inštitúcie.

Tabuľka č. 2 Zariadenia ústavnej výchovy pre deti [6]

Druh zariadenia	***Prioritné zameranie***	***Ďalšie ciele***	***Prevažujúci. charakter (typ)***
Detský domov	Starostlivosť	Výchova, profesijná príprava	otvorený – polootvorený (DeD pre malé deti)
Domov sociálnych služieb	Opatera	liečba, nácvik základných zručností	polootvorený,uzavretý (ťažké postihy)
ŠZŠI a základná škola internátna pre deti zmyslovo postihnuté	Špeciálne vzdelávanie	Výchova, starostlivosť, profesijná príprava	polootvorený
RDD a RDM	Prevýchova	Vzdelávanie, profesijná príprava, trest	uzavretý

Detský domov

Možno v ňom poskytovať starostlivosť deťom od narodenia do dosiahnutia ich plnoletosti, avšak mladý človek môže požiadať o poskytovanie starostlivosti až do 25 rokov.

Ústavná starostlivosť sa realizuje v profesionálnych rodinách, špecializovaných alebo diagnostických skupinách. Prednosť má vždy profesionálna rodina pred ostatnými formami. Zákon už nepočíta s klasickým internátnym modelom ústavnej výchovy.[7]

---

[5] Porov. LABÁTH, V. *Rezidenciálna starostlivosť,* Bratislava : OZ Sociálna práca, 2004, s. 19.

[6] ŠKOVIERA, A. *Emocionálne a sociálne narušené dieťa a jeho inštitucionálna výchova.* Bratislava : Metodicko-pedagogické centrum, 2004. s. 37.

[7] Porov. Mikloško, J.- Žarnay, Š. *Ohrozená rodina na Slovensku II v kontexte príčin vyňatia detí z biologických rodín 2006-2007*. Bratislava : Úsmev ako dar, 2008. s. 68.

Posledná novela zavádza zvýšenie vekovej hranice troch rokov veku na šesť rokov veku s tým, že detské domovy musia utvoriť do 31. decembra 2011 podmienky tak, aby po 1. januári 2012 boli všetky deti do 6 rokov umiestnené do profesionálnych rodín (pri zachovaní výnimky zdravotného stavu vyžadujúceho osobitnú starostlivosť a súrodeneckých skupín).[8]

Slovenská republika ako jedna z prvých postkomunistických krajín začala so zjednocovaním podmienok výkonu ústavnej starostlivosti pre všetky deti pod gesciu jedného rezortu. Znamená to, že je potrebné zabezpečiť presun 5 diagnostických centier a 19 reedukačných zariadení s celkovou kapacitou pre cca 1000 detí. V Slovenskej republike v súčasnosti reedukačné zariadenia rieši *Zákon č. 279/1993 Z. z. o školských zariadeniach.*[9]

Domov sociálnych služieb – pre deti, s nepretržitou prevádzkou **(DSS)**

Sú tu umiestňované deti s duševnými poruchami, telesným postihnutím a poruchami správania. Niektoré z týchto zariadení sú dnes kombinované s detským domovom.

Reedukačné domovy

Reedukačné detské domovy (RDD) – ústavná výchova pre deti od 12. rokov do ukončenia povinnej školskej dochádzky. Sú tu umiestnené deti so závažnou trestnou činnosťou, alebo výraznými poruchami správania.

Reedukačné domovy pre mládež (RDM) – pre deti po ukončení povinnej školskej dochádzky na základnom stupni. Sú zriadené osobitne pre chlapcov a dievčatá.[10]

---

[8] *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike.* [online]. [2013-05-21]. Dostupné na internete: http://www.employment.gov.sk/strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-a-nahradnej-starostlivosti-v-sr.html.

[9] *Reedukačné zariadenia-možnosti a limity rezortu MPSVR SR (s ohľadom na zahraničné opatrenia, praktiky a skúsenosti).* [online]. [2013-05-21]. Dostupné na internete: http://www.sspr.gov.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2007/Porubanova/Porubanova.pdf.

[10] Porov. ŠKOVIERA, A. *Emocionálne a sociálne narušené dieťa a jeho inštitucionálna výchova.* Bratislava : Metodicko-pedagogické centrum, 2004. s. 36.

Diagnostické centrá

Klientmi v diagnostickom centre nie sú len deti, ale aj ich rodičia, sociálna komunita, v ktorej dieťa žije, jeho rovesníci, blízka rodina a spolužiaci. Z vyhodnotenia interného dotazníka Diagnostického centra v Záhorskej Bystrici, v ktorom sa posudzujú osobné charakteristiky chlapcov z pohľadu pracovníkov DC a zároveň ako vidia chlapci sami seba, môžeme spozorovať, že v hodnotení vlastností klientov bol výrazný rozdiel medzi pracovníkmi oproti seba hodnoteniu klientov.

U 15 z 34 skúmaných chlapcov ten istý dotazník bol použitý na začiatku i na konci pobytu. Výsledky hovoria, že pracovníci vnímajú chlapcov na konci pobytu ako *impulzívnejších, nekritickejších, viac provokujúcich, konfliktnejších a viac upútavajúcich pozornosť, manipulatívnejších, agresívnejších a infantilnejších, viac šikanujúcich, opozičnejších a pohodlnejších, viac egocentrických, viac bagatelizujúcich a labilnejších.* Chlapci sa zasa na konci pobytu vnímajú ako č*astejšie sa vyhýbajúci riešeniu problémov, zodpovednejší, menej veselí a bezstarostní, citovo chladnejší, spoľahlivejší, uzavretejší, prispôsobivejší a menej impulzívni.*

V 5 diagnostických centrách prebehol prieskum - v troch detských zariadeniach:

Bratislava – Trnávka, Ružomberok, Košice a dvoch mládežníckych: dievčenskom Žilina - Lietavská Lúčka a chlapčenskom Bratislava – Záhorská Bystrica. Prieskum sa uskutočnil na 279 klientoch týchto zariadení a pri porovnaní rokov 2009, 2010 boli zisťované príčiny umiestnenia detí do diagnostických centier.

Najčastejšími **príčinami umiestnenia** sú záškoláctvo, trestná činnosť, úteky z domova od rodičov alebo z detského domova, nerešpektovanie pravidiel, alkohol, drogy, psychické problémy dieťaťa, nezvládnutie výchovy v dôsledku nadmernej lásky. Pomerne častou príčinou je aj vek pestúnov a profesionálnych rodičov. Poslednou príčinou je zmena zariadenia alebo zmena profesionálnych rodičov.

V roku 2010 oproti roku 2009 došlo k zníženiu počtu umiestnených detí z adoptívnych rodín. Tento fakt môže svedčiť o intenzívnejšej spolupráci sociálnych pracovníkov s týmito rodinami. Ako najzávažnejší problém sa ukázala zmena profesionálnych rodičov. Tí nie sú dostatočne pripravení a vyškolení na prácu s deťmi s poruchami správania. Často sa stáva, že odborníci v detských domovoch hľadajú pre dieťa inú rodinu, ale aj v tejto rodine rodičia opäť zlyhávajú a dieťa má za sebou ďalší neúspech spojený s nedôveru v

dospelých. Až po niekoľkých pokusoch býva dieťa následne umiestnené v diagnostickom centre.[11]

1.2 Parlament detí z reedukačných domovov

V rokoch 1998 - 2001 sa realizoval Detský parlament pre deti a mládež v náhradnej výchove. Bol zameraný na zvýšenie participácie detí na živote zariadenia, na partnerstvo a zvyšovanie právneho vedomia detí. V zahraničí bol tento projekt oceňovaný ako originálny a prínosný.

Projekt Parlamentu detí z reedukačných domovov naň voľne nadväzuje. Je však zameraný na reedukačné domovy pre deti a reedukačné domovy pre mládež.

Projekt reagoval na:

- poznatky a opatrenia, ktoré vyplynuli z návštevy a správy Európskeho výboru CPT
- k situácii v reedukačných zariadeniach,
- súčasné teoretické koncepty prevýchovy detí s poruchami emocionality a správania,
- aktuálne trendy inštitucionálnej náhradne výchovy v ekonomicky vyspelých krajinách,
- poznatky strediska v reedukačných zariadeniach a monitoringu v roku 2005,
- pripravovaný prechod reedukačných zariadení z rezortu školstva pod gesciu MPSVR SR**.**

Cieľovou skupinou projektu:

- **deti** – zástupcovia jednotlivých reedukačných domovov pre deti a reedukačných

  domovov pre mládež vo veku 12 - 16 rokov (27 detí, 18 chlapcov + 9 dievčat)
- **vychovávatelia z reedukačných domovov** (13 dospelých).

Ciele orientované na deti

- posilňovanie participácie detí na dobrom fungovaní zariadenia,
- posilňovanie spoluzodpovednosti na riešení svojej budúcnosti,

[11] Porov. BRYNDZÁK, P. – POLACHOVÁ, J. *Príčiny umiestňovania detí do diagnostických centier.* In *Sociálna patológia rodiny.* Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2011. s. 44.

- rozvíjanie komunikačných zručností detí, ich schopnosti počúvať, argumentovať,
- riešiť konflikty, prijímať prijateľné kompromisy,
- zvyšovanie právneho vedomia detí o úrovni vlastných práv a zodpovednosti
- a rešpektovania práv iných,
- rozvíjanie tolerancie k etnickým a iným menšinám a odlišnostiam.

Ak chceme zhodnotiť súčasný stav RS na Slovensku môžeme povedať, že existujúci systémový stav je nevyhovujúci - reedukačné zariadenia sa stali „odkladacím miestom" pre deti, ktoré „zlyhali" a sú preto spoločensky „nepohodlné", alebo „nežiaduce". Nedá sa napríklad vylúčiť riziko umiestňovania detí so závažnými psychickými ochoreniami (bez zaistenia potrebnej psychiatrickej starostlivosti) a podobne.

Medzi najčastejšie deficity ohrozených „ústavných" detí môžeme zaradiť:

- potreba vzťahu a limitu,
- potreba výchovného i terapeutického pôsobenia.[12]

V Slovenskej republike prevláda poskytovanie tradičných inštitucionálnych sociálnych služieb, ktoré poskytujú prevažne celoročné pobytové služby. SWOT analýza podmienok poskytovania sociálnych služieb v SR uvádza, že za **najsilnejšie stránky** poskytovania sociálnych služieb sa považuje adresnosť a efektívnosť poskytovania sociálnych služieb po decentralizácii, rešpektovanie princípu subsidiarity a posilnené financovanie na základe nového daňového prerozdeľovacieho mechanizmu. Za **slabé stránky** poskytovania sociálnych služieb analýza považuje, okrem iného, nerozvinutý systém komunitného plánovania a nedostatočne vytvorené podmienky pre zotrvanie v prirodzenom (domácom) sociálnom prostredí, nedostatočnosť a regionálnu nerovnomernosť siete zariadení sociálnych služieb a terénnych sociálnych služieb a ich fyzickú dostupnosť, nedostatočnú variabilitu sociálnych služieb a absenciu štandardov kvality sociálnych služieb. Medzi **ohrozenia** analýza zaraďuje nepostačujúcu kapacitu terénnych sociálnych služieb, zvyšujúce sa finančné náklady na sociálne služby pretrvávaním poskytovania tradičných sociálnych služieb v zariadeniach sociálnych služieb a nefunkčnosť systému sociálnych služieb.

[12] *Reedukačné zariadenia-možnosti a limity rezortu MPSVR SR (s ohľadom na zahraničné opatrenia, praktiky a skúsenosti).* [online]. [2013-05-21]. Dostupné na internete: http://www.sspr.gov.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2007/Porubanova/Porubanova.pdf.

K 31. 12. 2010 bolo na Slovensku *95 detských domovov.* Z celkového počtu detských domovov bolo 75 štátnych a 20 neštátnych.[13]

K 31.12.2012 bolo na Slovensku 84 detských domovov. 63 bolo štátnych a 21 neštátnych.[14]

1.3 Stratégia deinštitucionalizácie sociálnych služieb

Ak pozeráme na „ovocie" uzavretých – rezidenciálnych zariadení a vidíme dlhodobé nepriaznivé dôsledky pôsobenia týchto zariadení na klientov, nutne dospejeme k záveru, že je potrebná, priam nevyhnutná zmena.

Vláda SR schválila dňa 30. 11. 2011 Stratégiu deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti. Slovenská republika sa týmto dokumentom hlási k celosvetovému trendu systematického odstraňovania dôsledkov dlhodobo uplatňovaného, ale už historicky prekonaného modelu inštitucionálnej izolácie a segregácie ľudí vyžadujúcich dlhodobú pomoc a starostlivosť v špecializovaných zariadeniach. Sú to deti v náhradnej starostlivosti a ľudia so zdravotným postihnutím, seniori. Je tu snaha o jeho nahradenie alternatívnym modelom služieb a opatrení, svojím charakterom čo najviac podobným podmienkam bežného života. Základným zámerom deinštitucionalizácie v Slovenskej republike je vytvorenie a zabezpečenie podmienok pre nezávislý a slobodný život všetkých občanov, odkázaných na pomoc spoločnosti, v prirodzenom sociálnom prostredí komunity.

Základným dokumentom pokiaľ ide o práva dieťaťa je *Dohovor o právach dieťaťa a jeho opčné protokoly.* Zariadenia rezidenciálnej starostlivosti sa vzájomne dopĺňajú s formami starostlivosti v rodinnom prostredí. V oblastiach, kde stále existujú veľkokapacitné zariadenia rezidenciálnej starostlivosti (ústavy), je treba v kontexte všeobecnej deinštitucionalizačnej stratégie vytvoriť možnosti, ktoré budú viesť k postupnej eliminácii týchto zariadení.

Výbor OSN pre práva dieťaťa vo *Všeobecnom komentári č. 9 z roku 2006 Práva detí so zdravotným postihnutím* zdôrazňuje **potrebu alternatívnych typov starostlivosti** o deti. Právom vzniklo znepokojenie z veľkého počtu detí

---

[13] *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike.* [online]. [2013-05-21]. Dostupné na internete: http://www.employment.gov.sk/strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-a-nahradnej-starostlivosti-v-sr.html.

[14] ÚPSVaR. *Detské domovy a iné zariadenia*. [online]. [2013-05-21]. Dostupné na internete: http://www.upsvar.sk/detske-domovy-a-ine-zariadenia.html?page_id=123887.

žijúcich v inštitucionálnej starostlivosti. Deti sú viac zraniteľné voči psychickému, fyzickému, sexuálnemu alebo inému zneužívaniu a zanedbávaniu. Z tohto dôvodu boli vyzvané zmluvné štáty k tomu, aby využívali inštitucionálnu starostlivosť ako posledné riešenie a aby venovali pozornosť transformácii existujúcich inštitúcií smerom k malým zariadeniam.[15]

2 VYBRANÉ KRAJINY EÚ A RS DETÍ V POBYTOVEJ FORME

Snahou príspevku bolo zhodnotiť stav RS na Slovensku a porovnať aj niektoré krajiny EÚ v ich prístupe k rezidenciálnej starostlivosti a zhodnotiť stav pobytovej formy detí v DD. K aktuálnym štatistickým údajom jednotlivých krajín sme sa dostali len okrajovo, preto ponúknuté informácie sú len čiastočné.

2.1 Česko

Presné vymedzenie činností Rezortu práce a sociálnych vecí je dané zákonom č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, pričom prevažná časť výkonu sociálnoprávnej ochrany detí spočíva na obecných úradoch obcí s rozšírenou pôsobnosťou.

Počet detí v inštitucionálnej starostlivosti v ČR sa od roku 1999 trvalo zvyšuje. Takisto sa zvyšuje aj počet zariadení inštitucionálnej starostlivosti.

***Tab. č. 3 Stav detí umiestnených v zariadeniach inštitucionálnej starostlivosti v ČR*[16]**

Rok	Počet zariadení	Počet detí
1999	185	6901
2005	185	7300
2007	225	7600

[15] *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike.* [online]. [2013-05-21]. Dostupné na internete: http://www.employment.gov.sk/strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-a-nahradnej-starostlivosti-v-sr.html.

[16] *Reedukačné zariadenia-možnosti a limity rezortu MPSVR SR (s ohľadom na zahraničné opatrenia, praktiky a skúsenosti).* [online]. [2013-05-21]. Dostupné na internete: http://www.sspr.gov.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2007/Porubanova/Porubanova.pdf.

Počet umiestnených v prepočte na 100 000 obyvateľov je 80 detí. Prax českého štátu pri odoberaní detí z rodín sa stala terčom kritiky Európskej komisie i Organizácie pre ekonomickú spoluprácu a rozvoj (OECD). Rozhodujúcimi článkami pri umiestňovaní dieťaťa do ústavnej starostlivosti sú súdy. Tie – aj napriek pomerne dobrej legislatíve – majú väčšinou nevyhovujúci prístup.

Dlhodobo podceňované sú služby sociálnej prevencie, ktoré uľahčujú integráciu mladých ľudí po opustení inštitucionálnej starostlivosti do bežného samostatného života.

Súčasná koncepcia náhradnej starostlivosti je rozdelená medzi niekoľko rezortov. Mala by byť - vrátane školských zariadení pre výkon ústavnej a ochrannej výchovy- zriaďovateľsky zjednotená pod rezort ministerstva práce a sociálnych vecí.

Česká republika - sumarizácia :

- V inštitucionálnej starostlivosti (IS) je umiestnený **vysoký počet detí.**
- Veľké množstvo detí je umiestnené v IS **dlhodobo.**
- Orgány sociálnoprávnej ochrany detí **nepracujú s rodinami detí -** nevyvíjajú aktivity smerujúce k čo najskoršiemu návratu dieťaťa späť do rodiny.
- N**efunguje Systém včasnej intervencie** založený na cielenej sociálnej práci v ranných štádiách vzniku problémov.
- Neexistuje štátom garantovaný systém služieb **sociálnej prevencie,** ktorý by dieťaťu po opustení inštitucionálnej starostlivosti zaručoval dôstojné podmienky pre život a plynulý prechod do normálneho dospelého života.
- Z celkového počtu všetkých chovancov v IS sa 56 % dopustilo **trestnej činnosti (TČ).**
- Z celkového počtu detí, ktoré sa dopustili TČ, sa ich 91 % dopustilo TČ po skončení IS a z tohto počtu 74 % až po roku od opustenia IS.
- Možnosť ukladať ochrannú výchovu i možnosť **meniť ústavnú výchovu za ochrannú a naopak je využívaná minimálne.**
- Výkon ochrannej a ústavnej výchovy nie je v praxi oddelený**.**
- **Útekovosť** detí z IS je dlhodobo neriešený problém.

- Umiestnenie detí v IS znamená v mnohých prípadoch len **prerušenie sociálno patologického vývoja**, ktorý sa po ukončení starostlivosti opäť naštartuje.
- Starostlivosť o ohrozené deti je v ČR zaisťovaná ako **rad izolovaných aktivít zúčastnených inštitúcií** - štátnych, samosprávnych i neziskových, ktoré nepracujú podľa jednoznačne stanovených pravidiel a ktoré nie sú koordinované.[17]

2.2 Poľsko

V Poľsku majú byť **do roku 2020** odstránené veľké zariadenia (detské domovy), ktoré majú viac ako 14 detí. Ako povedal premiér Donald Tusk na tlačovej konferencii posledného zasadnutia vlády, aj v Poľsku v štátnych detských domovoch deti neprežívajú šťastné detstvo. Takisto prevádzkovanie detských domovov je neefektívne, vysoko nákladové, často nepríjemné pre deti.[18]

Počet zariadení a počet detí v Detských domovoch v rokoch 2000 - 2011 je zobrazený v tabuľke č. 4. a č. 5.

***Tabuľka č. 4 Počet ústavných zariadení pre deti v Poľsku v rokoch 2000-2011*[19]**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
Rodinný typ DD	150	171	197	248	269	267	263	274	279	267	223
Núdzové strediská	59	62	63	67	76	55	52	44	37	38	23
Sociálne inštitúcie	360	371	380	377	380	301	283	263	259	268	190

[17] *Reedukačné zariadenia-možnosti a limity rezortu MPSVR SR (s ohľadom na zahraničné opatrenia, praktiky a skúsenosti).* [online]. [2013-05-21]. Dostupné na internete: http://www.sspr.gov.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2007/Porubanova/Porubanova.pdf.

[18] Porov. Detské domovy. [online]. [2013-07-21]. Dostupné na internete: http://fakty.interia.pl/polska/news-premier-likwidujemy-panstwowe-domy-dziecka,nId,862736?utm_source=paste&utm_medium=paste&utm_campaign=msie.

[19] Porov. Detské domovy. [online]. [2013-07-21]. Dostupné na internete: http://www.domydziecka.org/chance/statystyki.

Viacfunkčné zariadenia	-	-	-	-	-	102	129	154	166	259	158
Celkový počet zariadení	**569**	**604**	**640**	**692**	**725**	**725**	**727**	**735**	**741**	**832**	**594**

Tabuľka č. 5 Počet detí v ústavných zariadeniach v Poľsku v rokoch 2000-2011[20]

	2000	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2011**
Rodinný typ DD	1246	1286	1590	1810	2177	2252	2187	2261	2226	2242	1563
Núdzové strediská	3836	5337	7383	7708	7689	4157	5001	4619	2955	2628	487
Sociálne inštitúcie	18 196	19 744	21 021	20 915	21 753	16 527	13 951	12 505	11 343	11 106	6436
Viacfunkčné zariadenia	-	-	-	-	-	7736	9238	12 124	1329	13 736	7625
Celkový počet detí	**23 278**	**26 367**	**29 994**	**30 433**	**31 619**	**30 672**	**30 377**	**31 619**	**39 815**	**29 712**	**16 111**

Trošku odlišné informácie, čo sa týka obdobia likvidácie veľkých detských domov sme získali z pokynov v novej rodinnej politiky, vypracovanej Ministerstvom práce a sociálnych vecí, kde sa hovorí, že v Poľsku budú zlikvidované posledné zariadenia už **do roku 2015**. Do toho času v detských domovoch nemajú byť deti, ktoré majú menej ako desať rokov.

Ministerstvo práce a sociálnych vecí oznámilo revolúciu v starostlivosti o dieťa a rodinu. Je to dobré, pretože viac ako 25 000 detí žije v detských domovoch a príliš mnoho je ich tam z banálnych dôvodov. Vláda chce, aby celú zodpovednosť za deti z rodín v kríze prevzala obec. Obce nemajú ľudí, ktoré by mohli pomôcť rodinám. Je pre nich jednoduchšie dať deti do sirotinca alebo do pestúnskej rodiny. Príliš veľa detí je odobratých od biologických rodičov z nedostatočných dôvodov, napríklad kvôli chudobe a záškoláctvu. Namiesto toho aby dali príspevok na rodinu, odošlú dieťa do detského domova, kde mesačné náklady na bývanie sú vyššie ako 3000 Zl. Žiaden z jeho rodičov nepracuje - ponára sa v patológii a dieťa v dospelosti strieda zariadenia. To sa čoskoro zmení.

[20] Porov. Detské domovy. [online]. [2013-07-21]. Dostupné na internete: http://www.domydziecka.org/chance/statystyki.

Rodina, ktorej hrozí odobratie dieťaťa dostáva asistenta, preškoleného pracovníka sociálnej starostlivosti, ktorý mal v starostlivosti do 20 rodín. Ostávali mu len sporadické kontroly rodín.

Musí vzniknúť oveľa **viac pestúnskych rodín**, pretože všetky osirotené deti tam budú musieť prísť. Do teraz väčšina detí išla do detských domov.

Rezort ponúka mierny náraz pestúnskych príspevkov- chce zrušiť hornú hranicu. Objaví sa však dolná hranica - 1600 zl pre profesionálnu rodinu.

Ale sú to aj nové povinnosti. Pestúni budú musieť byť vzdelaní a ich platy budú závisieť od vykonávaných školení a skúsenosti. Budú sa pravidelne hodnotiť, najprv po roku práce s deťmi, potom každé 2-3 roky.[21]

2.3 Anglicko

V ochrane detí sa zúčastňuje viac strán. Tri orgány majú zákonodarnú moc zasahovať – v záujme ochrany dieťaťa. Sú to orgány zaoberajúce sa deťmi LA, polícia a NSPCC (nezisková organizácia). Neštátne inštitúcie zohrávajú tiež významnú úlohu pri poskytovaní sociálnych služieb deťom. Od r. 2006 bola väčšina prípadov umiestnených detí v detských domovoch koordinovaná súkromnými osobami.[22]

[21] *Za sedem rokov zaniknú detské domovy? Najväčšie ťažkosti poľských Detských domovov.*[online]. [2013-06-05]. Dostupné na internete: http://www.pijarzy.pl/?strona,doc,pol,glowna,250,0,3979,1,250,ant.htmlZa.

[22] TITTERTON, M. *Usługi i instytucje opieki społecznej w Wielkiej Brytanii Ekspertyza*. [online]. [2013-05-21]. Dostupné na internete: http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Ekspertyza%20Anglia.pdf.

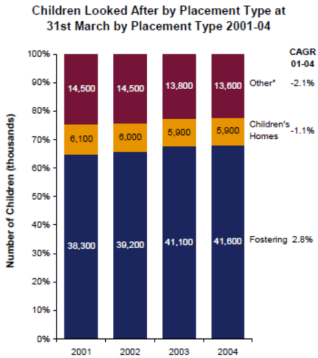


Figure 9 - Source: Children looked after in England (including adoptions and care leavers): 2003-04, Table E, DfES Research and Statistics Gateway

Obr. 1 – Zdroj: starostlivosť o deti v Anglicku (vrátane prijatia a opúšťania zariadení) 2003-04.

Obr. 2 Počet registrovaných Detských domovov v r. 2003 – 06

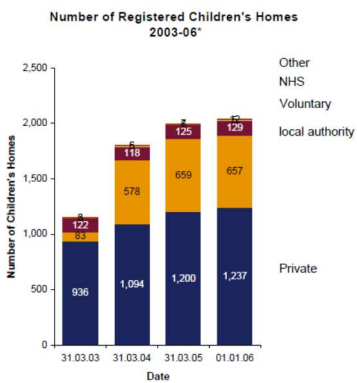


Figure 10 - Source: The state of social care in England 2004-05, CSCI (December 2005), Appendix D

Obr. 2 – Zdroj: Štátna sociálna starostlivosť v Anglicku 2004-05[23]

[23] TITTERTON, M. *Usługi i instytucje opieki społecznej w Wielkiej Brytanii Ekspertyza*. [online]. [2013-05-21]. Dostupné na internete: http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Ekspertyza%20Anglia.pdf.

2.4 Írsko

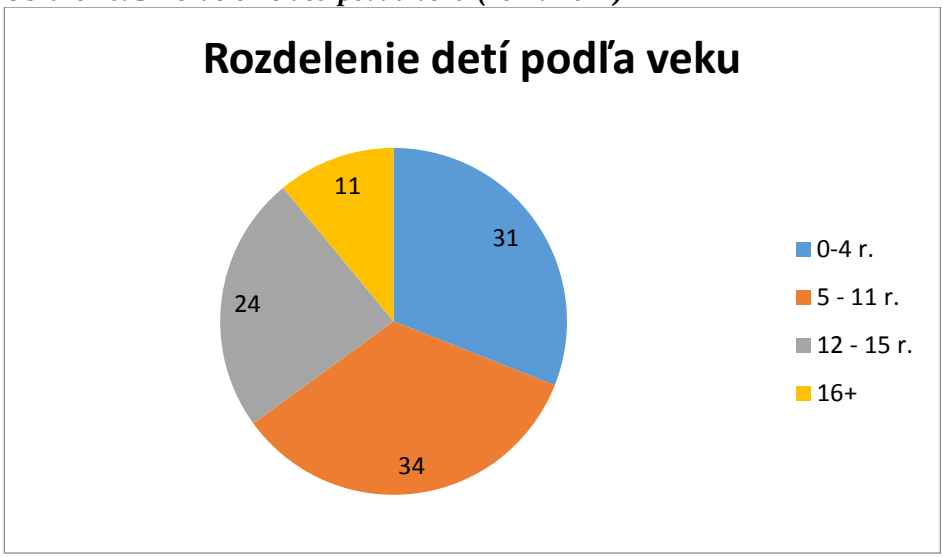
Podľa údajov zistených v štatistických výkazoch v Írsku podávame informácie o počte detí, ktorým je poskytovaná sociálna starostlivosť v ústavných zariadeniach. Uvádzame počty detí v Severnom Írsku podľa pohlavia – ku koncu marca 2012 (viď tabuľka č.6), ako aj počty detí v rokoch 2007 – 2012 (viď tabuľka č.7).

Tabuľka č. 6 Rozdelenie detí podľa pohlavia (31.3.2012)[24]

	dievčatá	chlapci	spolu
Sever	3 601	3 327	6 928
Juhovýchod	2 811	2 596	5 407
Juh	2 952	2 717	5 669
Západ	2 240	2 267	4 507
Severné Írsko	**14 552**	**13 543**	**28 095**

[24] Porov. *Sociálna starostlivosť pre deti v Severnom Írsku*. [online]. [2013-07-17]. Dostupné na internete: http://www.dhsspsni.gov.uk/children_s_social_care_statistics_for_northern_ireland_2011-12.pdf.

Obrázok č. 3 Rozdelenie detí podľa veku (2011/ 2012)[25]



Tabuľka č. 7 Rozdelenie detí podľa pohlavia ku koncu marca v rokoch 2007-2012[26]

	2007	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
0 - 4	5.629	5.600	6.636	7.053	7.933	8.586
5 11	7.215	7.127	7.743	8.320	8.991	9.611
12 – 15	5.665	5.590	5.509	5.675	6.369	6.697
16 +	2.865	2.660	2.492	2.759	3.087	3.201
spolu	**21.374**	**20.977**	**22.380**	**23.807**	**26.380**	**28.095**

[25] Porov. *Sociálna starostlivosť pre deti v Severnom Írsku*. [online]. [2013-07-17]. Dostupné na internete: http://www.dhsspsni.gov.uk/children_s_social_care_statistics_for_northern_ireland_2011-12.pdf.

[26] Porov. *Sociálna starostlivosť pre deti v Severnom Írsku*. [online]. [2013-07-17]. Dostupné na internete: http://www.dhsspsni.gov.uk/children_s_social_care_statistics_for_northern_ireland_2011-12.pdf.

Írske štandardy a kritéria pre detské detenčné školy (2004) kladú dôraz na:

- **Individuálne plány starostlivosti** pre každého chovanca, vrátane vzdelávacích a zdravotných plánov, ktoré komplexne zohľadňujú situáciu dieťaťa (vrátane vzťahov s rodičmi, príbuznými, zákonným zástupcom, vzťahmi s „vonkajším“ svetom).
- **Práva detí**.
- V**zdelávanie,** kvalifikačné zručnosti a permanentný osobnostný rozvoj personálu.
- **Zdravie - vrátane plnej medicínskej starostlivosti, pravidelných kontrol a** odbornej starostlivosti psychiatrov a psychológov.
- **Vzdelávacie programy -** zamerané na riziká sexuálneho správania, užívania drog a iných závislostí.
- V**zdelávanie,** kvalifikačné zručnosti a permanentný osobnostný rozvoj personálu
- **Ochranu a bezpečnosť** - za predpokladu identifikácie potrieb mladých ľudí, zároveň aj dôslednej kontroly.
- **Inšpekciu -** pravidelné hospitácie, rozhovory, analýzu dokumentov zariadení.[27]

3 Vývoj RS na Slovensku za posledných 5 rokov

Koncepcia zabezpečovania výkonu súdnych rozhodnutí v detských domovoch na r. 2012 – 2015 s výhľadom do r. 2020 - Plán transformácie a deinštitucionalizácie náhradnej starostlivosti predstavuje základný koncepčný a plánovací dokument ÚPSVaR, v ktorom sú rozpracované strategické rozvojové zámery MPSVR SR v oblasti sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, osobitne v oblasti náhradnej starostlivosti.[28]

[27] *Reedukačné zariadenia-možnosti a limity rezortu MPSVR SR (s ohľadom na zahraničné opatrenia, praktiky a skúsenosti).* [online]. [2013-05-21]. Dostupné na internete: http://www.sspr.gov.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2007/Porubanova/Porubanova.pdf.

[28] *Koncepcia zabezpečovania výkonu súdnych rozhodnutí v detských domovoch na roky 2012 – 2015 s výhľadom do roku 2020.* [online]. [2013-05-21]. Dostupné na internete: http://www.upsvar.sk/detske-domovy-a-ine-zariadenia/detske-domovy/dokumenty/koncepcia-zabezpecovania-vykonu-sudnych-rozhodnuti-v-detskych-domovoch-na-roky-2012-2015-s-vyhladom-do-roku-2020plan-transformacie-a-deinstitucionalizacie-nahradnej-starostlivosti.html?page_id=143966.

Porovnanie vývoja v SR

Návrh opatrení a úloh Koncepcia DI náhradnej starostlivosti vychádza zo základných ukazovateľov vývoja v oblasti sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Koncepcia DI náhradnej starostlivosti boli použité sledované údaje za roky 2008 až 2010.[29]

Tabuľka č. 8 Počet detí a mladých dospelých mimo vlastnej

		2000		**2008**		**2010**		Porovnanie r. 2008-2010	
celkový počet detí		12850	100 %	13 953	100 %	13 881	100%	-72	-0,5%
z toho	PS/P/ NOS *	6147	47,83	8 286	59,39	8 546	61,56	+260	+3,1%
	ÚS/OV**	6703	52,17	5 667	40,61	5 335	38,44	-332	-5,9%

* PS -pestúnstvo, P-poručníctvo, NOS - náhradná osobná starostlivosť/údaj bez osvojených detí)

** ÚS – ústavná starostlivosť, OV- ochranná výchova

[29] Zdrojom údajov pre analytickú časť je Ročný výkaz o poskytovaní starostlivosti a výchovy deťom v detskom domove a v detskom domove pre maloletých bez sprievodu za rok 2008 a za rok 2010V (MPSVRSR) 5-01 a ročný výkaz o vykonávaní opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately V (MPSVR SR) 12-01 za roky 2008, 2009 a za rok 2010.

Tabuľka č.9 Počet detí SR a mimo rodiny

rok	**2000**	**2008**	**2009**	**2010**
počet detí SR	1 390 424	1 138 335	1 120 595	1 103 452
počet detí mimo vlastnej rodiny	12 725	13 953	13 873	13 881
%-ny podiel riadky 1 a 2	0,91	1,22	1,23	1,25

Tabuľka č. 10 Počet detí s nariadenou ústavnou starostlivosťou

		Počet detí k 31.12.2008	Počet detí k 31.12.2009	Počet detí k 31.12.2010	Počet detí k 31.12.2011
Domovy sociálnych služieb		414	344	290	227
Detské domovy		4188	4151	4083	4270
z toho	PR	566	785	950	
Reedukačné centrá		674	664	622	570
spolu		5276	5159	4995	

Tabuľka č.11 Počet detí a mladých dospelých umiestnených v detských domovoch

		k 31. 12. 2008	k 31. 12. 2009	k 31.12.2010	Porovnanie 08-10-%
Deti v DeD		4188	4151	4083	-2,6%
z toho	0-3 rokov	599	591	566	-5,6%
	4 - 6 rokov	498	467	438	-12,2%
	7 - 15 rokov	2338	2301	2249	-3,9%
	16 - 18 rokov	753	792	830	+10,2%
Mladí dospelí v DeD		391	360	340	-13,1%

Tabuľka č.12 Počet detských domovov, detí a mladých dospelých v nich umiestnených[30]

		k 31. 12. 2009		k 31.12.2010		Porovnanie 09-10-%	
		PPočet DDeD	Počet detí	Počet DeD	Početdetí	Počet DeD	Počet detí
Počet DeD/Počet detí v DeD		96	4511	94	4423	-2,1%	-3,4%
z toho	Domovy detí	20	760	23	888	+13,1%	+11,6%
	Centrá detí	76	3751	71	3535	-7,1%	-5,8%
v tom	Neštátne DeD	19	462	19	459	0	-2,4%
	Štátne	77	4049	75	3964	-2,5%	-0,9%

4 VLASTNÉ POSTREHY Z DANEJ PROBLEMATIKY

V rámci praxe počas štúdia som mala možnosť vniknúť do prostredia rôznych rezidenciálnych zariadení a počas niekoľkých dní žiť s klientmi v ich prostredí. Tieto zariadenia boli uzavreté, polootvorené, iné otvorené. Skúsenosti, ktoré som získala sú pre mňa veľkou investíciou. Niektoré z týchto zariadení opätovne navštevujem a stretávam sa s ich klientmi (Žakovce, Hospic Matky Terezy).

[30] Zdrojom údajov pre analytickú časť je Ročný výkaz o poskytovaní starostlivosti a výchovy deťom v detskom domove a v detskom domove pre maloletých bez sprievodu za rok 2008 a za rok 2010V (MPSVRSR) 5-01 a ročný výkaz o vykonávaní opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately V (MPSVR SR) 12-01 za roky 2008, 2009 a za rok 2010.

4.1 Bankov – reedukačné centrum (uzavreté aj otvorené)

RC na Bankove som navštevovala v rámci praxe počas štúdia SP. Mala som možnosť vidieť nielen celé zariadenie, ale hlavne deti a mládež (klientov zariadenia), možnosť dlhšieho rozhovoru s riaditeľom zariadenia, ako aj jeho osobné skúsenosti s výchovou týchto mladých ľudí. Prínosom bolo, že som mohla absolvovať aj obedňajšiu časť, kde sa pravidelne klienti, ich učitelia a vychovávatelia stretávajú a delia o pocity, zážitky a novoty z daného dňa.

Akoby na vlastnej koži som zažila ťažobu týchto detí, ako aj ťažobu vychovávateľov. V zariadení sú deti a mládež s veľkými problémami a poruchami správania, majú za sebou ťažké detstvo, sú deprivované z vlastných rodín. Ich vonkajšími prejavmi sú často hnev, agresia, úteky, alebo naopak apatia...Ako povedal riaditeľ zariadenia, sociálni pracovníci sa často striedajú – vyhorení. Obdivujem prácu a vytrvalosť týchto ľudí, ktorí sami sú často v ohrození.

Z histórie zariadenia:

- V roku 1967 vznikla „**základná deväťročná škola internátna** pre deti vyžadujúce osobitnú starostlivosť“. Kapacita zariadenia bola 200 miest (3 – 18 rokov).
- Od roku 1970 bolo zariadenie premenované na **detský domov (**výchovné zariadenie pre deti výchovne zanedbané, s kombinovanými vadami, hospitalizačným syndrómom, telesne a sociálne handicapované).
- V roku 1978 sa zariadenie pretvorilo na **Detský výchovný ústav** s kapacitou 130 chovancov.
- V roku 1992 po zrušení výchovného ústavu pre mládež v Košiciach Barci, vznikol na Hornom Bankove **výchovný ústav pre deti a mládež**. Jeho súčasťou sa stalo odborné učilište, odbor záhradník.
- V roku 1994 sa zmenil oficiálny názov zariadenia na **Reedukačný domov pre deti a mládež**.

Reedukačné centrum pre deti a mládež (ďalej RC) je špeciálne výchovné zariadenie. Zabezpečuje komplexnú odbornú starostlivosť, prevýchovu a vzdelávanie detí a mládeže s poruchami správania, asociálnym vývinom a trestnou činnosťou, u ktorých boli zistené také nedostatky v sociálnej prispôsobivosti, v osobnostných vlastnostiach a charakterovom vývine, že ich výchova a vzdelávanie v iných zariadeniach alebo v prirodzenom rodinnom prostredí by neviedla k náprave.

RC prijíma po celý rok deti s nariadenou ústavnou starostlivosťou, uloženou ochrannou výchovou, na základe predbežného opatrenia súdu, rozhodnutia súdu o uložení výchovného opatrenia, na základe dohody so zariadením, v ktorom sa vykonáva rozhodnutie súdu (napr. detský domov) alebo na žiadosť zákonného zástupcu klienta.

Do tohto centra sa umiestňujú deti vo veku od 12 rokov do dosiahnutia dospelosti (dievčatá len do ukončenia povinnej školskej dochádzky). Celková kapacita zariadenia je **75 miest**.

Reedukačné centrum je **koedukované zariadenie internátneho typu** – teda pre chlapcov aj dievčatá. **Výchova** je organizovaná vo výchovných skupinách s počtom 12 detí s normálnym intelektom a 10 detí mentálne retardovaných.

RC Bankov je **uzavreté, otvorené a polootvorené**.

Uzavreté oddelenia sú ďalej diferencované podľa veku a školy, kde sa deti vzdelávajú a mládež absolvuje profesijnú prípravu, na oddelenia:

- základnej školy - určené pre chlapcov a dievčatá intelektovo v norme,
- odborného učilišťa - určené pre chlapcov s deficitným intelektom.

Na *oddelenie s otvoreným režimom* (oddelenie s otvoreným režimom je zatiaľ raritou na Slovensku) sa dostanú chlapci, u ktorých bol predchádzajúci reedukačný a resocializačný proces úspešný a zaslúžia si viac voľnosti a menej kontroly vďaka ich lepšiemu a najmä zodpovednejšiemu správaniu. Samostatne absolvujú profesijnú prípravu podľa vlastného výberu na odborných učilištiach bežného typu v Košiciach. Poobede sa vracajú do ústavu.

Prechodom medzi zatvoreným a otvoreným režimom je oddelenie s polootvoreným režimom, v ktorej si chlapci zo skupín s uzavretým režimom môžu vyskúšať, čo sa doposiaľ už naučili.[31]

4.2 Žakovce – Dom Márie Magdalény - pre matky s deťmi (polootvorené)

V Žakovciach som pravidelne – každý rok v lete – robila dobrovoľnícke práce (3 – 5 dní). Najprv v rámci praxe pri štúdiu SP, neskôr z vlastnej túžby byť s ľuďmi a pomáhať im. Po troch rokoch pravidelných návštev zariadenia som tam začala chodiť aj počas roka s celou rodinou. Práce, ktoré som vykonávala boli rôzne – od pomoci chorým (kŕmenie, rozhovory, modlitba,

[31] *Reedukačné centrum Bankov*. [online]. [2013-06-07]. Dostupné na internete: http://www.rcbankov.sk/o_nas/ciele.html.

sprevádzanie na omšu), cez pomoc v kuchyni, pobyt v zariadení pre ženy Ľubici...kde som pomáhala v dielňach a práci, ktorú vykonávali klientky zariadenia. Zariadení v Žakovciach je viac – delia sa na zariadenia pre týrané ženy, bezdomovcov a po výkone trestu, matky s deťmi a chorých.

Dom Márie Magdalény je najmladším zo zariadení IKV. Prvé mamičky s deťmi boli prijaté v roku 2001. V súčasnosti je tu 6 mamičiek s deťmi - to je aj kapacita zariadenia. Na rozdiel od ostatných núdznych, ktorým Inštitút pomáha sa tieto nepodieľajú na spoločnom chode zariadení. Podľa možnosti sa zúčastňujú svätej omše, ale ostatné veci sú plne limitované ich starostlivosťou o svoje deti. Keďže v minulosti mali aj s tým problém, pod odborným dozorom si tu varia, perú upratujú, učia sa základným životným návykom. Cieľom zariadenia je pomôcť matkám s deťmi, ktoré z rôznych dôvodov skončili na ulici, respektíve doma boli týrané.[32]

4.3 Dom Charitas Svätej rodiny Jánovce – Čenčice (polootvorený)

Osobne som navštívila Dom Charitas Svätej rodiny v Jánovciach. Počas pravidelných dobrovoľníckych dní strávených v Žakovciach u farára Kuffu, som sa spoznala s mentálne postihnutou klientkou, ktorá bola v Žakovciach na výmennom pobyte. Začali sme si písať listy, občas volať. Pozvala ma k nim do zariadenia Domu Charitas, ktorom býva a tak som mala počas jedného celého dňa spoznať tento Dom pre postihnutých mladých ľudí. Z celej návštevy som mala veľmi silný zážitok – všetci klienti ma sprevádzali po svojich izbách, rozprávali sme sa v spoločenskej miestnosti pri káve ako sa im darí, ukázali mi ich dielne a krosná, na ktoré sú hrdí. Dokonca mi jedna mladá dievčina priamo ukázala, ako na krosnách tká koberec. Vedúci mi venoval svoj čas rozprával, ako často sa klienti menia, ako s nimi trávia čas.

Takáto forma pobytového zariadenia (polootvoreného) je veľmi účinná. Panuje tu skutočne rodinná atmosféra, rodinný duch, sloboda, voľnosť pohybu klientov, možnosť nájsť súkromie – keďže izby sú jednoposteľové. Počet klientov (9) je primeraný k rodinnému domu ktorý je upravený na tento účel.

Dom Charitas zriadila Charita v septembri 2001. Je to pilotný projekt v celostnom prístupe k mentálne a kombinovane postihnutým mladým a dospelým ľuďom. Pre rodičov a priateľov domu je možnosť ubytovania. Obyvatelia Domu Charitas majú k dispozícii pracovné dielne, altánok, záhradu a slivkový sad a jedného psíka. Blízke lesy, stráne a lúky, aj potôčik, ktorý tečie

[32] *Dom Márie Magdalény v Žakovciach.* [online]. [2013-06-07]. Dostupné na internete: http://www.ikv.sk/dmm.phtml?id3=37079.

pred domom poskytuje neopakovateľnú atmosféru na uvoľnenie tela i ducha. Zdravotnícke, psychologické a iné odborné poradenstvo je zabezpečované externe. Obyvatelia Domu Charitas majú každodenný pracovný, vzdelávací a relaxačný režim, ktorý však je podriadený potrebám, schopnostiam a vôli jeho obyvateľov. Klienti vyrábajú výrobky, o ktoré môže mať záujem verejnosť.[33]

ZÁVER

V závere by sme chceli zhrnúť zozbierané informácie o rezidenciálnej starostlivosti a inštitúciách pre deti. Po mnohých rokoch „fungovania" totálnych, teda uzavretých inštitúcií na Slovensku, si spoločnosť uvedomila, že tento systémový stav je nevyhovujúci. Znepokojenie, ktoré vzniklo z veľkého počtu detí žijúcich v inštitucionálnej starostlivosti a hlavne negatíva a hrozby týchto uzavretých zariadení viedli k tomu, že Vláda SR schválila 30. 11. 2011 Stratégiu deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti.

Keďže riziká rezidenciálnych inštitúcií (vedľajšie účinky, kontraproduktivita prostredia, kontraindikácie pobytu v RS) často prevažujú nad výhodami (intenzívny kontakt s KL, resocializácia, intenzívna starostlivosť),[34] k umiestneniu do RS by malo dôjsť len v nevyhnutných prípadoch. Prikláňame sa k tomu, aby sme inštitucionálnu starostlivosť využívali ako posledné riešenie a venovali sme pozornosť transformácii existujúcich inštitúcií smerom k malým zariadeniam.

[33] *Dom Charitas Svätej rodiny Jánovce – Čenčice.* [online]. [2013-06-07]. Dostupné na internete: http://www.caritas.sk/index.php?Doc=101.

[34] Porov. LABÁTH, V. *Rezidenciálna starostlivosť*, Bratislava : OZ Sociálna práca, 2004, s. 26.

POUŽITÁ LITERATÚRA

Monografie

BRYNDZÁK, P. – POLACHOVÁ, J. *Príčiny umiestňovania detí do diagnostických centier*. In *Sociálna patológia rodiny*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2011. ISBN 978-80-8132-000-2. s. 36-44.

LABÁTH, V. *Rezidenciálna starostlivosť*, Bratislava : OZ Sociálna práca, 2004. 144 s. ISBN 80-89185-03-7.

ŠKOVIERA, A. *Emocionálne a sociálne narušené dieťa a jeho inštitucionálna výchova.* Bratislava : Metodicko-pedagogické centrum, 2004. 64 s. ISBN 80-8052-208-1.

VÁVROVÁ, S. *Kontext transformace pobytových sociálních služeb.* Zlín : UTB, 2009. 26 s. ISBN 978-80-7318-869-6.

Elektronické dokumenty

Detské domovy. [online]. [2013-07-21]. Dostupné na internete: http://www.domydziecka.org/chance/statystyki.

Detské domovy. [online]. [2013-07-21]. Dostupné na internete: http://fakty.interia.pl/polska/news-premier-likwidujemy-panstwowe-domy-dziecka,nId,862736?utm_source=paste&utm_medium=paste&utm_campaign=msie.

Dom Charitas Svätej rodiny Jánovce – Čenčice. [online]. [2013-06-07]. Dostupné na internete: http://www.caritas.sk/index.php?Doc=101.

Dom Márie Magdalény v Žakovciach. [online]. [2013-06-07]. Dostupné na internete: http://www.ikv.sk/dmm.phtml?id3=37079.

OBORSKA, J. *Rodinné detské domovy v Poľsku.* [online]. [2013-05-21]. Dostupné na internete: http://prasa.wiara.pl/doc/1407956.Rodzinne-domy-dziecka-w-Polsce.

Sociálna starostlivosť pre deti v Severnom Írsku. [online]. [2013-07-17]. Dostupné na internete: http://www.dhsspsni.gov.uk/children_s_social_care_statistics_for_northern_ireland_2011-12.pdf.

Reedukačné centrum Bankov. [online]. [2013-05-21]. Dostupné na internete: http://www.rcbankov.sk/o_nas/ciele.html.

ÚPSVaR. *Detské domovy a iné zariadenia*. [online]. [2013-05-21]. Dostupné na internete: http://www.upsvar.sk/detske-domovy-a-ine-zariadenia.html?page_id=123887.

MPSVR SR, *Národné priority rozvoja soc. služieb do r. 2013.* [online]. [2013-06-2]. Dostupné na internete: *http://www.employment.gov.sk/narodne-priority-rozvoja-socialnych-sluzieb-pdf.html*.

MPSVR SR, *Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015.* [online]. [2013-05-21]. Dostupné na internete: *http://www.bgsfm.sk/stranka_data/subory/bg_mvo/nap-di.pdf*.

ÚPSVaR. *Koncepcia zabezpečovania výkonu súdnych rozhodnutí v detských domovoch na roky 2012 – 2015 s výhľadom do roku 2020.* [online]. [2013-05-21]. Dostupné na internete: http://www.upsvar.sk/detske-domovy-a-ine-zariadenia/detske-domovy/dokumenty/koncepcia-zabezpecovania-vykonu-sudnych-rozhodnuti-v-detskych-domovoch-na-roky-2012-2015-s-vyhladom-do-roku-2020plan-transformacie-a-deinstitucionalizacie-nahradnej-starostlivosti.html?page_id=143966.

Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike. [online]. [2013-05-21]. Dostupné na internete: http://www.employment.gov.sk/strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-a-nahradnej-starostlivosti-v-sr.html.

Reedukačné zariadenia-možnosti a limity rezortu MPSVR SR (s ohľadom na zahraničné opatrenia, praktiky a skúsenosti). [online]. [2013-05-21]. Dostupné na internete: http://www.sspr.gov.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2007/Porubanova/Porubanova.pdf.

Ročné výkazy V13 MPSVR SR o vykonávaní vybraných opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately 2012. [online]. [2013-05-23]. Dostupné na internete: http://www.upsvar.sk/statistiky/rocne-vykazy-mpsvr-sr/rocne-vykazy-v13-mpsvr-sr-o-vykonavani-vybranych-opatreni-socialnopravnej-ochrany-deti-a-socialnej-kurately-2012.html?page_id=289960.

Ročný výkaz o vykonávaní opatrení sociálno právnej ohrany detí a sociálnej kurately za rok 2011. [online]. [2013-05-23]. Dostupné na internete: http://www.upsvar.sk/statistiky/rocne-vykazy-mpsvr-sr/rocne-vykazy-v05-mpsvr-sr-o-poskytovani-starostlivosti-a-vychovy-detom-v-detskom-domove-a-v-detskom-domove-pre-maloletych-bez-sprievodu-za-roky-20082009201020112012.html?page_id=107264.

TITTERTON, M. *Usługi i instytucje opieki społecznej w Wielkiej Brytanii Ekspertyza*. [online]. [2013-05-21]. Dostupné na internete:

http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Ekspertyza%20Anglia.pdf.
Za sedem rokov zaniknú detské domovy? Najväčšie ťažkosti poľských Detských domovov.[online]. [2013-06-05]. Dostupné na internete: http://www.pijarzy.pl/?strona,doc,pol,glowna,250,0,3979,1,250,ant.html Za.

Mgr. Soňa Vancáková
Katolícka univerzita v Ružomberku
Teologická fakulta
Katedra sociálnej práce
Hlavná 89, Košice
sonavancakova@gmail.com,

POSTAVENIE OSÔB S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM V SPOLOČNOSTI

THE STATUS OF PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES IN SOCIETY

Mgr. Mária Maliňáková

Abstrakt:

Cieľom predkladanej práce je poskytnúť ucelený obraz o postavení klienta s mentálnym postihnutím v spoločnosti. Zameriavame sa konkrétne na našu spoločnosť, ale aj na spoločnosti vybraných európskych krajín. Následne chceme vyzdvihnúť výrazne diferencovaný postoj v jednotlivých krajinách, ktorý je spôsobený procesom deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb. V súčasnosti môžeme vidieť proces transformácie prechodu klienta s mentálnym postihnutím z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. Príspevok načrtáva klienta s mentálnym postihnutím ako právoplatného člena spoločnosti, ktorý potrebuje našu sociálnu podporu a nie striktne danú starostlivosť zo strany intaktného obyvateľstva.

Kľúčové slová:

Spoločnosť. Osoby s mentálnym postihnutím. Deinštitucionalizácia systému sociálnych služieb. Inštitucionálna kultúra. Komunitné služby.

Abstract:

The aim of this article is to provide a complete picture about persons with intellectual disabilities in society. We are focusing specifically on our society, but also on selected European countries. Subsequently we can emphasize clearly differentiated position in each country, which is caused by the process of deinstitutionalization of social services. Nowadays, we can see process of the transition from institutional to community care in the system of social services for the people with intellectual disabilities. This article is about persons with intellectual disabilities as a full members of society who are in

need of our social support because people with intellectual disabilities don´t need strictly given care from the part of intact population.

Keywords:
Society. Persons with intellectual disabilities. Deinstitutionalization of social services. Institutional culture. Community services.

ÚVOD

V priebehu štúdia na vysokej škole som mala možnosť štyri roky vypomáhať v zariadení, ktoré poskytuje svoje sociálne služby klientom s mentálnym postihnutím. Vďaka tejto mojej životnej skúsenosti som mohla byť svedkom rôznych situácií či už išlo o samotného klienta alebo pohľadu intaktnej majoritnej spoločnosti na danú cieľovú skupinu.

Mohla som byť priamym účastníkom výraznej zmeny, kedy klient žijúci prevažnú časť svojho života strávil vo veľkokapacitnom rezidenciálnom zariadení a v dôsledku nových skutočností bol etablovaný do zariadenia s výrazne nižšou kapacitou klientov. Vďaka tomuto prechodu som bola svedkom ako sa z apatického, miestami agresívneho klienta stal priateľský klient zapojený do pracovného procesu v rámci prác v kuchyni. Klient, ktorý v súčasnosti dokáže ovládať niektoré kuchynské spotrebiče a zvláda prípravu jednoduchých jedál. Samozrejme ide o veľmi komplikovaný proces, ktorý potrebuje podporu či už v rovine legislatívnej, v rovine vzdelávania nových pracovníkov, ale aj v rovine ostatných členov spoločnosti.

Prostredníctvom našej predkladanej práce chceme zdokumentovať postavenie klienta s mentálnym postihnutím v spoločnosti. Sme si vedomí novo vznikajúceho postavenia, no zároveň nezabúdame ešte na pretrvávajúci vplyv z minulého spoločenského zriadenia.

Predkladanú prácu sme rozdelili do troch kapitol. V prvej kapitole sa zaoberáme výrazným vplyvom spoločenských podmienok na postavenie klienta s mentálnym postihnutím. V danej kapitole a v jej jednotlivých podkapitolách poukazujeme na silný vplyv inštitucionálnej starostlivosti, ale zároveň upozorňujeme aj na vznik nových vĺn vnímania klienta s mentálnym postihnutím. Druhá kapitola objasňuje smerovanie rezidenciálnej starostlivosti v rámci Slovenskej republiky. V tretej kapitole vykresľujeme, aké rozdielne postoje zaujímajú nami vybrané jednotlivé spoločnosti ku klientovi s mentálnym postihnutím. Jednotlivé postoje majú diferencovaný ráz v dôsledku historických, spoločenských odlišností vybraných krajín.

Klient s mentálnym postihnutím je špecifická cieľová skupina, ktorú tvoria deti, mládež, ale aj dospelí s daným postihnutím. Predstavujú medzi postihnutými jednu z najpočetnejších skupín. Preto na tomto mieste by sme chceli dať do pozornosti publikáciu od autorov Milana Valentu, Jana Michalíka, Martina Lečbycha s názvom Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Daná publikácia bola vydaná v roku 2012 a svoju aktuálnosť deklaruje inovatívne a potrebné zákonitosti pre efektívnu intervenciu v danej cieľovej skupine.

1 MENTÁLNE POSTIHNUTIE V KONTEXTE SPOLOČENSKÝCH PODMIENOK

Problematiku mentálneho postihnutia určite nemôžeme označiť za nejaký novodobý fenomén. Jednoznačne ide o oblasť, ktorá prechádza výraznými zmenami, ktoré sú do veľkej miery ovplyvňované aktuálnymi spoločenskými podmienkami jednotlivých krajín. Práve hlavným cieľom prebiehajúcich zmien je z neviditeľných ľudí s mentálnym postihnutím urobiť právoplatných členov našej spoločnosti. Pre úspešné naplnenie stanoveného cieľa je prioritné pochopiť aktuálnu situáciu vyplývajúcu z historického kontextu.

1. 1 Inštitucionálna starostlivosť

Počiatky vzniku starostlivosti o mentálne postihnutých môžeme spájať so vznikom rôznych špitálov, ktoré dávali človeku s postihnutím šancu na prežitie dôstojnejšieho života aký by prežili sami na ulici. Išlo predovšetkým o určitú formu súcitu, pričom okrem daného súcitu je nutné im poskytnúť aj komplexnú starostlivosť.[1]

Prvé ústavy moderného typu (predtým to boli len azylové domy) začali vznikať začiatkom 19. storočia vo Francúzsku. Najvýznamnejší z nich bol vybudovaný v roku 1824 v Bicétri pod vedením francúzskeho lekára Felixa Voisina. Daný ústav sa preslávil vďaka práci svojich významných odborníkov, zväčša lekárov, psychiatrov. Bol medzi nimi aj zakladateľ svetovej psychiatrie Filip Pinel (1745-1826) a Eduard Seguin (1812-1880) zakladateľ pedagogického prístupu k mentálne postihnutím. Deklaroval, že človek s mentálnym postihnutím je schopný psychického vývinu, pričom východiskom pre tento vývin bola výchova zmyslov. V tomto období bol trend zakladania

[1]Porov. VALENTA, M.; MICHALÍK, J.; LEČBYCH, M. a kol. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu.* Praha : Grada, 2012, s. 37.

ústavov označovaný za veľký progres, pretože sa pokúšal o ucelený prístup k mentálne postihnutým a zároveň jednotlivý ústav slúžil ako výskumné pracovisko. Lekári sa zaoberali medicínskymi aspektmi mentálneho postihnutia, od etiológie až po možnosti liečby. Taktiež sa zaoberali aj procesom vzdelávania či pracovnou terapiou. Zakladanie ústavov teda predstavovalo veľký prínos pre medicínsku, pedagogickú a sociálnu oblasť.

V priebehu niekoľkých desaťročiach začal daný ústavný systém výrazne dosahovať svoje limity. Napriek mnohým úsiliam išlo o segregáciu a následné zoskupovanie mentálne postihnutých mimo hlavnej výstavby majoritnej intaktnej spoločnosti. V tomto období ústavnej starostlivosti bol človek s mentálnym postihnutím chápaný ako pacient, pričom organizácia služieb vyžadovala jeho podriadenosť, poslušnosť.

Spomínaný model bol efektívny zhruba do začiatku dvadsiateho storočia, potom však nasledovalo približne 50 rokov stagnácie a apatie. Po skončení druhej svetovej vojny sa Európske štáty rozdelili podľa sféry vplyvu víťazných mocností. Vznikajúce štáty Európskej únie sa v rámci vlny humanizácie vydali v smerovaní starostlivosti o mentálne postihnutých na cestu deinštitucionalizácie, zatiaľ čo v krajinách bývalého východného bloku nevynímajúc Slovensko sa upevnil ústavný inštitucionalizovaný model.[2]

Daný historický kontext nám poskytuje pohľad na chápanie starostlivosti o človeka s mentálnym postihnutím, no súčasne nám aj podáva odpovede o príčinách vzniku mnohých mylných predsudkov. Azda za spúšťací faktor mnohých nevedomostí môžeme označiť segregáciu človeka s mentálnym postihnutím od majoritnej spoločnosti. Práve snaha súčasnej spoločnosti vychádza z princípov inklúzie.

1. 2 Kvalita života

Novodobý fenomén kvality života sa stal hlavným spúšťačom zmien, ktoré ovplyvňujú aktuálne postavenie nielen klienta s mentálnym postihnutím. Vychádzajúc zo slovníka sociálnej práce je kvalita života chápaná ako komplexné kritérium používané k hodnoteniu efektivity sociálnej starostlivosti. Mohli by sme ju označiť za analógiu zisku v ekonomickom sektore.[3]

Hlavné indikátory (ukazovatele) kvality života podľa SZO označujeme:

---

[2] Porov. HORŇÁK, L. Kvalita života klientov s mentálnym postihnutím v domovoch sociálnych služieb - minulosť a perspektívy. In *Kvalita života osôb s mentálnym postihnutím v domovoch sociálnych služieb*. Prešov : PU PF, 2010, s. 11.

[3] Porov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 2008, s. 92.

- fyzické zdravie – ovplyvňuje energiu, únavu človeka, bolesť a diskomfort;
- psychické zdravie – vyjadruje imidž, pozitívne a negatívne city, sebahodnotenie, spôsob myslenia, učenie a pozornosť;
- úroveň nezávislosti – pohyb, denné aktivity, práca, závislosť od liekov;
- sociálne vzťahy – osobné vzťahy, sociálna opora;
- prostredie – prístup k finančným zdrojom, sloboda bezpečie, zdravé prostredie, sociálna starostlivosť, domov, prístup k informáciám, možnosť rekreácie, cestovanie;
- spiritualita – osobná viera a presvedčenie, hodnotová orientácia.[4]

Aby sme mohli posudzovať kvalitu života, je potrebné stanoviť metódy, ktoré nám to umožnia. Delíme ich do nasledovných troch skupín:

- metódy merania kvality života, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba;
- metódy merania kvality života, kde kvalitu života hodnotí sama daná osoba;
- zmiešané metódy, ktoré vznikajú kombináciou uvádzaných prvých dvoch typov.[5]

Na tomto mieste je nevyhnutné, aby sme zdôraznili ďalšiu skutočnosť vyvierajúcu z kvality človeka a to sú jeho nikým a ničím neodcudziteľné ľudské práva. Dodržiavanie samotných ľudských práv pre ľudí so zdravotným či konkrétne mentálnym postihnutím je ukotvené v medzinárodných deklaráciách. Mnohé deklarácie nemajú charakter právne záväzných dokumentov, ale ich poslaním je, aby legislatívy jednotlivých krajín si ich osvojili a tak následne naplňovali nimi stanovené ciele. Jednoznačne najvyššie je uznávaná Všeobecná deklarácia ľudských práv, ktorá vo svojom treťom

[4] HROZENKOVÁ, M. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin : Osveta, 2008, s. 56.

[5] Porov. DIVIŠOVÁ, M. Kvalita života seniorov v zariadení sociálnych služieb. In *Aktuálne dianie, perspektívy a vývojové trendy v sociálnej, edukačnej a zdravotníckej práci s marginalizovanými skupinami v študentských prácach.* Ružomberok : Verbum, 2013, s. 37.

článku zastáva požiadavku práva pre každého na život, slobodu a osobnú bezpečnosť.[6]

Taktiež chceme upozorniť aj na samotné pomenovanie osôb s mentálnym postihnutím. Na prvom mieste sme vždy konfrontovaní s človekom, až potom naše úsilie smeruje na jeho postihnutie. Preto by malo byť samozrejmé pre náš spôsob vyjadrovania používať pomenovanie - človek s mentálnym postihnutím, než mentálne postihnutý človek. Tak deklarujeme človeka, ktorého jedna charakteristická rysa je postihnutie, ale zároveň nezabúdame, že je to človek s ďalšími interesujúcimi črtami.[7]

V súčasnosti môžeme sledovať dva výrazné protipóly v oblasti mentálneho postihnutia. Na jednej strane je ešte stále trvajúca sociálna starostlivosť prostredníctvom mnohých rezidenciálnych zariadení, ktoré stoja oproti sociálnej podpore v procese deinšitucionalizácie systému sociálnych služieb. Inštitucionálna starostlivosť verzus fenomén kvality života prezentujúci humanizáciu prístupu k človeku. Aktuálne východiská ukazujú naďalej pretrvávajúci vplyv rezidenciálnych zariadení, no súčasne sa pomaly na scénu dostáva aj nové postavenie preferujúce komunitné služby. Preto aj v nasledujúcich kapitolách sa budeme týmto závislým premenám venovať našu pozornosť.

2 REZIDENCIÁLNA STAROSTLIVOSŤ V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

V roku 1898 v Plešivci (Blumov ústav) bola zriadená prvá inštitúcia sociálnej starostlivosti pre ľudí so zdravotným postihnutím na území Slovenskej republiky. Rozmach vzniku nových ústavov, inštitúcií bol najviac viditeľný v 20tych a 30tych rokoch na Slovensku. Tento trend plynule pokračoval aj v nasledujúcom období keď v 50tych a 60tych rokoch v bývalom Československu boli zriaďované nové veľkokapacitné zariadenia. Zmena nastala od konca 80tych rokov keď na našom území sa do popredia dostáva vlna humanizácia a normalizácie sociálnych služieb. Aj napriek tomu je

[6] *Everyone has the right to life, liberty and security of person.* Všeobecná deklarácia ľudských práv [online]. [cit. 2013-28-6]. Dostupné na internete: <http://www.amnesty.sk/wp-content/uploads/2012/01/Universal- declaration-of-HR.pdf>.

[7] Porov. SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi postiženmí.* Praha : Portál, 2010, s. 29.

naďalej v Slovenskej republike prevažná väčšina sociálnych služieb poskytovaná v rámci inštitucionálnej starostlivosti.[8]

Uvádzaný stručný historický kontext nám jednoznačne deklaruje ako postavenie aj klienta s mentálnym postihnutím prebieha zmenami v našej spoločnosti. Zmenami od segregačného k inkluzívnemu postoju majoritnej spoločnosti. Preto prostredníctvom nasledujúcich kapitol chceme poukázať na aktuálny smer v oblasti rezidenciálnej starostlivosti a následne už konkrétne u danej cieľovej skupiny.

2. 1 Ukazovatele vývoja rezidenciálnej starostlivosti

K dňu 31. 12. 2008 bolo na území Slovenskej republiky 5 412 254 obyvateľov, z tohto celkového počtu boli 39 875 obyvateľom (0,7%) poskytované služby v 873 zariadeniach.

K ústavným zariadeniam pre dospelých zaraďujeme domovy-penzióny pre dôchodcov, domovy dôchodcov, domovy sociálnych služieb pre dospelých podľa druhu zdravotného postihnutia. Sú to zariadenia s väčším počtom obyvateľov a svoje služby poskytujú celoročne.

K ústavným zariadeniam pre deti patria domovy sociálnych služieb podľa druhu zdravotného postihnutia a detské domovy. Svoje služby poskytujú celoročne.

V 579 ústavných zariadeniach bolo 35 501 miest, čo bolo 85,9 % z celkového počtu 41 326 miest vo všetkých zariadeniach.[9]

Pre nadobudnutie jasnejších údajov o stave rezidenciálnej starostlivosti na území Slovenskej republiky za jednotlivé kalendárne roky nám poslúžia predkladané tabuľky. Deklarujú nám jednotlivé počty ústavných zariadení rozmiestených na základe krajov.

[8] Porov. CANGÁR, M. Východiská deinštitucionalizácie systémov sociálnej starostlivosti vo vybraných krajinách Európy a Slovenskej republike. In. *Aplikovaná sociálna politika*. Bratislava : VŠ ZaSP, 2012, s. 35.

[9] Štatistický úrad SR: Zariadenia sociálnych služieb v Slovenskej republike v roku 2008.

Kraj	Zariadenia soc. služieb		z toho **ústavné zariadenia**					
			počet			miesta		
	počet	miesta	spolu	pre dospelých	pre deti	spolu	pre dospelých	pre deti
Spolu	**873**	**41 326**	**579**	**436**	**143**	**35 501**	**28 676**	**6 825**
v tom kraj								
Bratislavský	92	4 979	49	35	14	3 786	3 021	765
Trnavský	95	4 828	71	58	13	4 310	3 791	519
Trenčiansky	98	4 736	71	50	21	4 111	3 453	658
Nitriansky	104	5 606	77	59	18	5 092	4 301	791
Žilinský	97	5 095	73	59	14	4 656	3 903	753
Banskobystrický	144	5 446	99	74	25	4 658	3 666	992
Prešovský	134	5 364	82	62	20	4 488	3 536	952
Košický	109	5 272	57	36	18	4 400	3 005	1 395

Zdroj: Štatistický úrad SR: Zariadenia sociálnych služieb v Slovenskej republike v roku 2008.

K 31. 12. 2009 bolo na území Slovenskej republiky 5 424 925 obyvateľov, z tohto celkového počtu boli 40 129 obyvateľom (0,7%) poskytované služby v 955 zariadeniach.

V 643 ústavných zariadeniach bolo 36 259 miest, čo bolo 85,5 % z celkového počtu 42 417 miest vo všetkých zariadeniach.[10]

[10] Štatistický úrad SR: Zariadenia sociálnych služieb v Slovenskej republike v roku 2009.

Kraj	Zariadenia soc. služieb		z toho **ústavné zariadenia**					
			počet			miesta		
	počet	miesta	spolu	pre dospelých	pre deti	spolu	pre dospelých	pre deti
Spolu	**955**	**42 417**	**643**	**494**	**149**	**36 259**	**29 539**	**6 720**
v tom kraj								
Bratislavský	100	5 139	59	43	16	4 101	3 258	843
Trnavský	99	5 058	72	59	13	4 401	3 851	550
Trenčiansky	110	5 036	79	58	21	4 322	3 678	644
Nitriansky	110	5 609	83	64	19	5 100	4 451	649
Žilinský	99	4 954	77	61	16	4 550	3 772	778
Banskobystrický	171	5 572	121	94	27	4 796	3 794	1 002
Prešovský	147	5 525	91	71	20	4 587	3 675	912
Košický	119	5 524	61	44	17	4 402	3 060	1 342

Zdroj: Štatistický úrad SR: Zariadenia sociálnych služieb v Slovenskej republike v roku 2009.

Chceme upozorniť na skutočnosť, že v kalendárnom roku 2009 nastáva zmena v názve a to konkrétne z domovov dôchodcov na domovy seniorov. Taktiež k ústavným zariadeniam pribúdajú aj špecializované zariadenia.

K 31. 12. 2010 bolo na území Slovenskej republiky 5 424 925 obyvateľov a 1060 zariadení poskytujúce sociálne služby. V týchto zariadeniach dané služby využívalo 41 329 obyvateľov t.j. 0,8%.[11]

[11] Štatistický úrad SR: Zariadenia sociálnych služieb v Slovenskej republike v roku 2010.

Kraj / *Region*	Zariadenia soc. služieb / *Facilities*		z toho **ústavné zariadenia** / *of which* ***institutional facilities***					
			Počet / *Number*			Miesta / *Places*		
	počet/ *number*	miesta/ *places*	spolu / *total*	dospelí / *adults*	deti / *children*	spolu / *total*	dospelí / *adults*	deti / *children*
Spolu / *Total*	**1 060**	**44 172**	**716**	**563**	**153**	**37 538**	**30 969**	**6 569**
v tom kraj / *from which region*								
Bratislavský	123	5 425	70	54	16	4 212	3470	742
Trnavský	103	5 213	75	64	11	4 511	3 983	528
Trenčiansky	120	5 295	91	69	22	4 600	3 924	676
Nitriansky	112	5 941	87	67	20	5 330	4 689	641
Žilinský	114	5 061	84	69	15	4 514	3 799	715
Banskobystrický	207	6 152	143	112	31	5 225	4 090	1 135
Prešovský	153	5 558	97	79	18	4 690	3 794	896
Košický	128	5 527	69	49	20	4 456	3 220	1 236

Zdroj: Štatistický úrad SR: Zariadenia sociálnych služieb v Slovenskej republike v roku 2010.

K 31. 12. 2011 bolo na území Slovenskej republiky 5 397 036 obyvateľov a 1 135 zariadení poskytujúce sociálne služby. V týchto zariadeniach dané služby využívalo 44 284 obyvateľov t.j. 0,8%. [12]

[12] Štatistický úrad SR: Zariadenia sociálnych služieb v Slovenskej republike v roku 2011.

Kraj / *Region*	Zariadenia soc. služieb / *Facilities*		z toho **ústavné zariadenia** / *of which* ***institutional facilities***					
			Počet / *Number*			Miesta / *Places*		
	počet/ *number*	miesta/ *places*	spolu / *total*	dospelí / *adults*	deti / *children*	spolu / *total*	dospelí / *adults*	deti / *children*
Spolu / *Total*	**1 135**	**43 103**	**755**	**613**	**142**	**35 938**	**29 700**	**6 238**
v tom kraj / *from which region*								
Bratislavský	134	5 291	77	62	15	3 961	3 379	582
Trnavský	102	4 717	73	62	11	4 239	3 787	452
Trenčiansky	125	5 059	95	76	19	4 323	3 755	568
Nitriansky	122	6 055	89	72	17	5 408	4 727	681
Žilinský	162	5 466	114	98	16	4 430	3 692	738
Banskobystrický	192	5 640	132	106	26	4 783	3 732	1051
Prešovský	161	5 580	100	82	18	4 523	3 672	851
Košický	137	5 295	75	55	20	4 271	2 956	1315

Zdroj: Štatistický úrad SR: Zariadenia sociálnych služieb v Slovenskej republike v roku 2011.

Kalendárny rok 2012 so sebou prináša výraznú zmenu v podobe prvej pilotnej fázy transformácie a deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb už na spomínaný rok 2012 až na rok 2015. Hlavným východiskom pri prechode z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť je „nezávislý život". Pričom nezávislý život chápeme ako filozofiu, ale aj ako hnutie osôb so zdravotným postihnutím, ktorého cieľom je dosiahnutie rovnosti príležitostí, občianskych práv a plnej účasti vo všetkých sférach života spoločnosti. Ide o proces zvyšovania uvedomenia, posilňovania a emancipácie osôb so zdravotným postihnutím. Jeho základné východisko tvoria princípy solidarity, vzájomnej podpory a svojpomoci, obhajoby, deinštitucionalizácie, demedikalizácie modelu zdravotného postihnutia a pomoci, demokracie a sebaurčenia.

K trom pilierom nezávislého života zaraďujeme:

- práca ako prvotný zdroj a prostriedok ekonomickej sebestačnosti;
- komunitné sociálne služby – individualizované služby, ktoré sa realizujú priamo v prirodzenom prostredí;
- podporné technológie a pomôcky/ kompenzácie.[13]

[13] Porov. Ministerstvo práce, sociálnych veci a rodiny Slovenskej republiky. *Národný akčný plán prechodu*

Vláda Slovenskej republiky schválením Stratégie deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb urobila prvý krok k postupnému vzniku novej tvári našej spoločnosti.

Komplexný pohľad na uvádzané jednotlivé tabuľky prezentujúce vývoj počtu zariadení sociálnych služieb nám jednoznačne deklaruje veľký vplyv práve ústavných zariadení. Ako sme už spomínali rok 2012 prináša veľkú zmenu, ale zatiaľ je to zmena skôr v teoretickej rovine. Svoju praktickú časť prinášajú postupne skúšajúce novely zákona o sociálnych službách. Avšak okrem legislatívnej úpravy je nevyhnutné aj nové nesegregujúce postavenie majoritnej spoločnosti. Práve problém predsudkov a nedostatočných vedomostí o špecifikách vedie k mylnému konštatovaniu, k mylnému pohľadu na človeka s mentálnym postihnutím. Proces deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb sa týka štyroch konkrétnych cieľových skupín. Keďže ide o tak závažný a hlboký problém špecializujeme svoju pozornosť konkrétne na klienta s mentálnym postihnutím.

2. 2 Klient s mentálnym postihnutím v našej spoločnosti

Na tomto mieste chceme poukázať a objasniť dve skutočnosti ako východiská súčasného postavenia klienta s mentálnym postihnutím v Slovenskej republike. Tou prvou sú mnoho početné domovy sociálnych služieb. Druhou skutočnosťou sú vznikajúce komunitné služby pre danú cieľovú skupinu.

- *Domov sociálnych služieb*

V domove sociálnych služieb sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej V., alebo fyzickej osobe, ktorá je nevidiaca alebo prakticky nevidiaca a jej stupeň odkázanosti je najmenej III.[14]

Domovy sociálnych služieb svojim klientom zabezpečujú, poskytujú a vytvárajú podmienky širokého spektra od stravovania, ubytovania cez

---

inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012-2015. [online]. [cit.2012-05-28]. Dostupné na internete: http://www.employment.gov.sk/narodny-akcny-plan-deinstitucionalizacie.html

[14] *Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov*, § 38.

sociálne poradenstvo, sociálnu rehabilitáciu až po možnosti vzdelávania, či pracovnej terapie.[15]

- *Komunitné služby*

Je to spektrum služieb, ktoré umožňujú jedincovi žiť v komunite a v prípade detí vyrastať v rodinnom prostredí. To zahŕňa bežné služby ako sú podpora bývania, zdravotná starostlivosť, vzdelanie, kultúra a voľný čas, ktoré by mali byť dostupné každému bez ohľadu na povahu jeho postihnutia alebo požadovanej miery podpory. Taktiež sa to vzťahuje na špeciálne služby ako osobná asistencia pre osoby so zdravotným postihnutím, odľahčovacie služby a iné. Okrem toho, tento pojem zahŕňa aj rodinnú starostlivosť a starostlivosť rodinného typu, vrátane náhradnej rodinnej starostlivosti a preventívnych opatrení pre včasnú intervenciu a podporu rodiny.[16]

Dovolíme si jednoznačne konštatovať, že na území Slovenskej republiky jednoznačne prevyšuje poskytovanie sociálnych služieb v rámci domovov sociálnych služieb nad komunitnými. Preto sme vykonali malú sondu v zariadení Social Trans n.o. Spišské Vlachy s cieľom zistiť mobilitu jednotlivých klientov. Dané zariadenie poskytuje svoje sociálne služby klientom s mentálnym postihnutím v rámci domova sociálnych služieb a zariadenia podporovaného bývania. V zariadení je etablovaných 30 klientov vo veku od 28 do 65 rokov. Naše smerovanie sme upriamili konkrétne na klientov v rámci domova sociálnych služieb, ktoré je poskytovateľom celoročnej pobytovej služby. Prostredníctvom sociálneho pracovníka daného zariadenia sme nadobudli ročné výkazy za časové obdobie kalendárnych rokov 2009 až 2012. Vychádzajúc z nadobudnutých údajov sme dospeli

[15] Porov. DRAGANOVÁ, H. a kol. Sociálna starostlivosť. Martin : Osveta, 2006, s. 86.

[16] It is spectrum of services that enable individuals to live in the community and, in the case of children, to grow up in a family environment. It encompasses mainstream services, such as housing, healthcare, education, employment, culture and leisure, which should be accessible to everyone regardless of the nature of their impairment or the required level of support. It also refers to specialised services, such as personal assistance for persons with disabilities, respite care and others. In addition, the term includes family-based and family- like care for children, including substitute family care and preventative measures for early intervention and family support. Porov. European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care. *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community- based Care.*[online]. [cit. 2013-28-6]. s. 27. Dostupné na internete: < http://deinstitutionalisationguide.eu/>.

k nasledovnému záveru. Počet obyvateľov daného zariadenia za uvádzané obdobie má stálu podobu. Bližšie nám naše zistenie približuje predkladaná nami vytvorená tabuľka.

	Počet obyvateľov k 31. 12. 2009	Počet obyvateľov k 31. 12. 2010	Počet obyvateľov k 31. 12. 2011	Počet obyvateľov k 31. 12. 2012
Spolu klientov z toho:	20	20	20	20
Prijatí	0	0	0	0
Prepustení	0	0	0	0
Zomrelí	0	0	0	0

Avšak aj dané zariadenie, v ktorom sme uskutočnili našu malú sondu je v súčasnosti ovplyvnené už spomínaným procesom deinštitucionalizácie. Preto jav, ktorý sme namerali za časové obdobie 2009-2012 už k 31.12.2013 nemusí byť aktuálny. Aj keď predpokladáme, že hodnoty nebudú mať výrazne kvantitatívny skok, ale ide o prirodzený proces zmeny vyplývajúci z legislatívneho rámca Slovenskej republiky.

3 POSTAVENIE JEDNOTLIVÝCH KRAJÍN KU KLIENTOVI S MENTÁLNYM POSTIHNUTÝM

Postupne chceme ilustrovať stav rezidenciálnej starostlivosti nami vybranými krajinami. Ide konkrétne o geograficky veľmi blízku Maďarskú a Českú republiku a severskú krajinu Švédskeho kráľovstva. Daná voľba nespočíva v náhodnom výbere, ale ide práve o zámernú cielenú selekciu z dôsledku poukázania aktuálneho a diferencovaného postavenia rezidenciálnej starostlivosti. Ako sme už uviedli geografická blízkosť Maďarskej a Českej republiky však ešte nespočíva aj v totožnom poskytovaní sociálnych služieb klientovi s mentálnym postihnutím. Môžeme vidieť výrazný vplyv inštitucionálnej starostlivosti v Maďarskej republike. Oslabenie postavenia

zariadení poskytujúcu rezidenciálnu starostlivosť v dôsledku priebehu transformácie sociálnych služieb v Českej republike až po úplné zatváranie ústavov poskytujúce inštitucionálnu starostlivosť pre klienta s mentálnym postihnutím vo Švédsku.

3. 1 Maďarská republika

Od roku 1950 môžeme vidieť v Maďarskej republike dominantný vplyv pobytových zariadení poskytujúcich sociálne služby.



Zdroj: http://www.socioforum.sk/index.php/aktuality/35-aktuality/113-4easpd

Rok 1989 vykazoval 20 500 lôžok v ústavoch pre osoby so zdravotným postihnutím a pre osoby s duševnými problémami. Tieto zariadenia podobne ako na našom území boli situované na vidieku, vzdialené od miest od zdravej majoritnej časti spoločnosti. V prevažnej miere išlo o staré budovy niekdajších kaštieľov, zámkov či bývalých hospodárskych budov. Išlo v prevažnej miere o zariadenia s kapacitou 100 – 300 klientov.

Posun vo vnímaní prinieslo ratifikovanie Maďarskou republikou príslušné medzinárodné dohovory o ľudských právach (Dohovor o právach osôb so

zdravotným postihnutí, Dohovor proti mučeniu a inému krutému, neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu), pričom v porovnaní s nižšou úrovňou právneho systému konkrétne sociálny zákon, zákon o duševnom zdraví, správny poriadok, ostávajú naďalej nemenné s aktuálnou inštitucionálnou kultúrou. V rokoch 1998 a 2006 Maďarsko investovalo práve 21 miliárd HUF (75 miliónov eur) do inštitúcií na ich vylepšenie, rozšírenie alebo vybudovanie. Aj napriek tak výraznej finančnej dotácii v Maďarsku nie je alternatíva voči ústavnej starostlivosti a naďalej pretrváva silná dominancia poskytovania sociálnych služieb v rámci inštitucionálnej starostlivosti. Na túto skutočnosť nadväzuje aj Maďarský národný implementačný program prechodu od umiestňovania v ústavoch k bývaniu v malých skupinách na časové obdobie rokov 2011 až 2041. Preto expertná skupina EÚ na deinštitucionalizáciu vykonala analýzu v Maďarsku pričom poukázala na nasledovné obavy:

- príliš vysoké investície do súčasných inštitucionálnych zariadení;
- riziko pretrvávania paralelných služieb;
- príliš „inštitucionálne“ alternatívy.[17]

3. 2 Česká republika

Postavenie klienta s mentálnym postihnutím v rámci Českej republiky je aktuálne výrazne ovplyvnené prebiehajúcim procesom deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb. V dôsledku daného projektu bola v Českej republike prevedená komplexná analýza ústavných zariadení sociálnych služieb pre ľudí s postihnutím. Daná analýza poukázala na údaje, ktorými disponuje nasledovná tabuľka.[18]

[17] Porov. VERDES, T. *Deinštitucionalizácia v Maďarsku – existuje vôbec?* [online]. [cit. 2013-06-29]. Dostupné na internete: < http://www.socioforum.sk/index.php/aktuality/35-aktuality/113-4easpd>.

[18] Porov. *Počet a charakteristiky ústavních služeb pro lidi se zdravotním postižením.* [online]. [cit. 2013-06-25]. Dostupné na internete: < http://www.socialniprace.cz/soubory/suplement_1-2013-130315113350.pdf>.

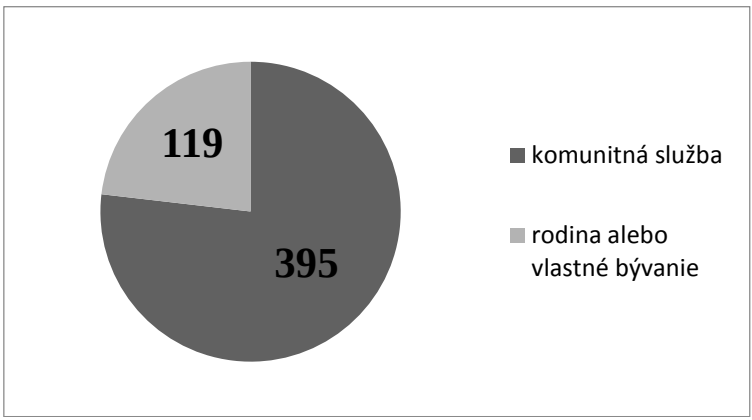
Kraj	Počet ústavních služeb	Počet uživatelů	Z toho dětí
Jihočeský	24	1 017	41
Plzeňský	22	1 527	121
Královéhradecký	21	759	20
Moravskoslezský	56	1 595	96
Jihomoravský	35	1 514	130
Středočeský	65	1 765	123
Liberecký	23	412	62
Karlovarský	16	623	36
Vysočina	22	735	80
Olomoucký	16	1 261	53
Ústecký	50	1 826	134
Zlínský	30	1 249	96
Pardubický	24	1 010	53
Praha	14	724	n/a
Celkem	**418**	**16 017**	**1 045**

Zdroj: http://www.socialniprace.cz/soubory/suplement_1-2013-130315113350.pdf

Za počiatky procesu deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb v Českej republike môžeme označiť 80-te a 90-te roky, kde v Ústave sociální péče v Horní Poustevně, pod vedením Milana Chába vznikali prvé komunitné služby v regióne. Postupne sa začali výrazne prezentovať podmienky humanizácie a normalizácie v sociálnych službách. Výrazná zmena však nastala až v roku 2007, kedy Vláda Českej republiky schválila Koncepce podpory transformace sociálnich služeb. Následne Ministerstvo práce

sociálnych vecí ČR od roku 2007 do roku 2013 spustilo realizáciu Projektu podpory transformace sociálnich služeb.[19]

Ďalší posun nám deklaruje nasledovný graf. Ide už o konkrétne a aktuálne namerané hodnoty, ktoré vykazujú, že z ústavného prostredia odišlo v priebehu realizácie už spomínaného projektu 514 ľudí. Z tohto počtu sa jedná o 119 ľudí, ktorí sa presťahovali do rodinného prostredia alebo odišli do vlastného bývania. Ďalších 395 ľudí začalo aktívne využívať možnosti, ktoré poskytujú komunitné služby.[20]



Zdroj: http://www.socialniprace.cz/soubory/suplement_1-2013-130315113350.pdf

Aj napriek prebiehajúcej transformácii budú vždy potrebné rezidenčné zariadenia pre osoby so zdravotným postihnutím. Totižto cieľom transformácie nie je úplné bezpodmienečné rušenie pobytových služieb či dehonestácia práce jednotlivého personálu. Ide hlavne o uznanie, že veľkokapacitné ústavné podmienky nie sú normálne pre zdravý vývin človeka aj napriek veľkému úsiliu zamestnancov. Prioritou je zaistiť ľuďom so zdravotným postihnutím

[19] Porov. CANGÁR, M. Východiská deinštitucionalizácie systémov sociálnej starostlivosti vo vybraných krajinách Európy a Slovenskej republike. In. *Aplikovaná sociálna politika*, s. 37.

[20] Porov. *Více než 500 lidí přešlo z ústavního do běžného přostredí.* [online]. [cit. 2013-06-15]. Dostupné na internete: < http://www.socialniprace.cz/soubory/suplement_1-2013-130315113350.pdf>.

možnosť žiť takým spôsobom života, ktorý je bežný pre tých, ktorí nie sú v ústavnej starostlivosti.[21]

3. 3 Švédske kráľovstvo

Švédsko ako jedna z mála krajín Európy má za sebou úspešne ukončený proces transformácie systému sociálnych služieb. Pod túto skutočnosť sa jednoznačne podpísal aj historický kontext vývoja samotnej krajiny. Vplyv komunistickej ideológie, ktorý výrazne dominoval vo všetkých sférach života však v severských krajinách nebol až tak hlboko ukotvený ako v bývalých blokoch Sovietskeho zväzu. Samotné Švédsko vykazovalo v 70-tych rokoch 20. storočia činnosť 125 ústavov poskytujúcich rezidenciálnu starostlivosť. Tento počet postupne klesal z dôvodu ich uzatvárania a súčasne vzniku tzv. skupinových domov (spoločná domácnosť pre niekoľko osôb). Prelomovým sa stal rok 1985, kedy švédsky parlament rozhodol, že zvyšné rezidenciálne ústavy budú zatvorené a nebudú už prijímať nových klientov.[22]

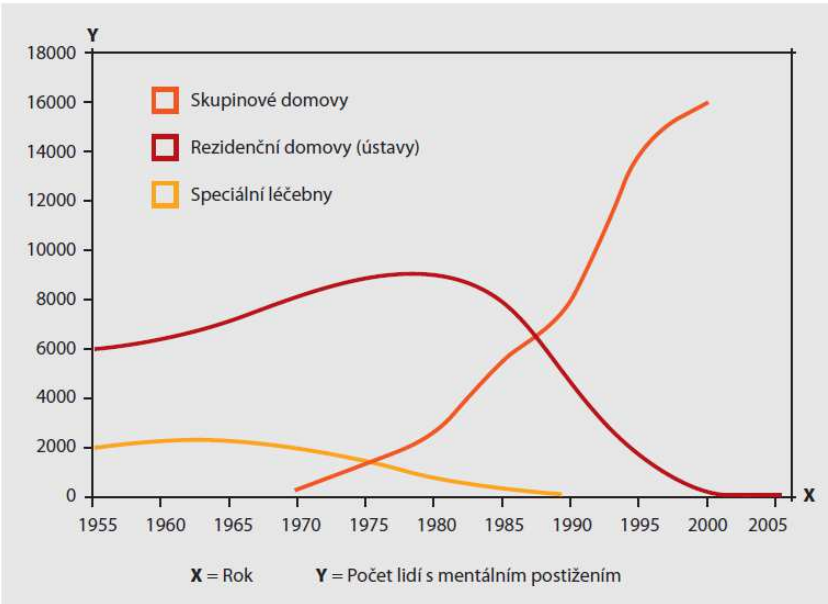
Tieto rozhodnutia urobené v minulosti sformovali aktuálnu tvár rezidenciálnej starostlivosti u klienta s mentálnym postihnutím. Číselné hodnoty nám dnes poukazujú, že vo Švédsku žije 60% všetkých dospelých ľudí s mentálnym postihnutím v skupinových domoch, 20% je schopných bývať samostatne a posledných 20% žije spolu s rodičmi.[23]

Daný vývoj sociálnych služieb vo Švédsku nám deklaruje aj nasledovný graf.

[21] Porov. ŠVEŘEPA, M. Transformace: podpora komunitních pobytových služeb. In *Rezidenční péče*. 2011, roč. 7, č. 3, s.9.

[22] Porov. GRUNEWALD, K. Zavřete ústavy pro mentálně postižené. Každý muže žít v otevřené společnosti. [online]. [cit. 2013-06-10]. Dostupné na internete:<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000182.pdf >.

[23] Porov. SESTÁKOVÁ, I.; FRANCOVÁ, N. a kol. *Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením*. Praha : MPSV CR, 2012, s. 9.



Zdroj: SESTÁKOVÁ, I.; FRANCOVÁ, N. a kol. *Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením*.

Vývoj a následné smerovanie rezidenciálnej starostlivosti je ovplyvnené mnohými determinantami. Jedným z výrazných činiteľov diktujúci smer je legislatívny rámec. Práve spomínané Švédsko má ukotvené právne predpisy týkajúce sa práv na bývanie a podporu. Vychádzajúc zo zákona o Osobitej podpory a služieb pre ľudí so zdravotným znevýhodnením, môžu ľudia so zdravotným postihnutím využívať jednu alebo viac z nasledujúcich služieb: osobná asistencia, spoločník služby, kontaktná osoba, odľahčovacie služby v domácnosti, krátkodobé stráženie školských detí nad 12 rokov, krátkodobý pobyt mimo domova, skupinové domovy pre deti a dospelých, denné aktivity, poradenstvo a ďalšie služby potrebné pre osobnú podporu.[24]

[24] Sweden is one of the few European countries to have legal provisions on the right to living arrangements and support. Based on the Law on Special Support and Service for People with Disabilities, people with disabilities can benefit from one or more of the following services: personal assistance, companion services, contact person (support

V dôsledku uvedených skutočností môžeme jednoznačne konštatovať, že aktuálne postavenie rezidenciálnej starostlivosti cieľovej skupiny, ktorou je klient s mentálnym postihnutím je diametrálne odlišným v komparácii so spomínanými Európskymi krajinami. Avšak aj napriek tomu je nevyhnutné poukazovať aj na tento fenomén, na fenomén zmeny v oblasti rezidenciálnej starostlivosti. V súčasnosti sme len svedkami, ale časom sa z nás možno stanú aktívni participanti pretvárania rezidenciálnej starostlivosti u klienta s mentálnym postihnutím na model podpory rešpektujúc ľudské práva každého jednotlivca. Preto je podľa našej mienky nevyhnutné poukázať na vznik nového postavenia klienta s mentálnym postihnutím v našej spoločnosti.

ZÁVER

V našej spoločnosti môžeme byť jednoznačne svedkami aktuálne hlboko ukotveného postavenie klienta s mentálnym postihnutím v rámci rezidenciálnej starostlivosti. Daný stav má svoje opodstatnenie v samotnom historickom vývoji.

Proces vývoja, proces inovatív je neustály kolobeh nevynímajúc ani oblasť rezidenciálnej starostlivosti. V súčasnosti môžeme jeden z najvýraznejších determinantov zmeny označiť proces deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb. Východiskovým cieľom sa pre nás už konkrétne stáva klient s mentálnym postihnutím. Spomínaný činiteľ ovplyvňujúci aktuálnu tvár rezidenciálnej starostlivosti je prítomný vo všetkých krajinách aj keď pochopiteľne v rozličnej miere, či už v rámci legislatívy alebo samotného realizovania. Jednoznačne môžeme označiť proces deinštitucionalizácie za formatívny ukazovateľ pri novom vznikajúcom pohľade na postavenie klienta s mentálnym postihnutím v spoločnosti.

Pokiaľ chceme dosiahnuť najväčšiu možnú mieru inklúzie klienta s mentálnym postihnutím do spoločnosti, odporúčame vytvárať také zariadenia, ktoré budú mať mnohostranný formatívny vplyv na klienta. Preto preferujeme zriaďovanie malokapacitných zariadení, pričom bude môcť klient využívať široké spektrum komunitných služieb.

---

person), relief services in the home, short-term child-minding of school children over the age of 12, short stay away from home (respite care), group homes for children and adults, daily activities, counselling and other personal support. Porov. European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care. *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care.*[online]. [cit. 2013-28-6]. s. 76. Dostupné na internete: <http://deinstitutionalisationguide.eu/>.

Klienti s mentálnym postihnutím, ktorých fyzický vek je okolo 30 až 40 rokov, ale mentálny na úrovni 4 ročného dieťaťa sa v rámci aktivít centrá voľného času prihlásili na hasičský krúžok. Keď sa túto správu dozvedeli niektoré matky intaktných detí navštevujúcich daný krúžok, svoje deti odhlásili. Aj táto naša osobná skúsenosť nám jednoznačne deklaruje nevyhnutnú a potrebnú zmenu v postavení klienta s mentálnym postihnutím.

Záverom predkladanej práce sme zistili, že daná téma, ktorej sme sa venovali je téma rozsiahla a veľmi zložitá, preto sme danú problematiku úplne nevyčerpali. Vyžaduje si mnohostranný pohľad a pozornosť nielen odborníkov, ale i verejnosti.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

Monografie

DRAGANOVÁ, H. a kol. Sociálna starostlivosť. Martin : Osveta, 2006. 195 s. ISBN 978-80-8063-240-3.

HROZENKOVÁ, M. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin : Osveta, 2008. 180 s. ISBN 978-80-8063-282-3.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 2008. 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi postižením*. Praha : Portál, 2010. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

SESTÁKOVÁ, I.; FRANCOVÁ, N. a kol. *Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením*. Praha : MPSV CR, 2012. 87 s. ISBN 978-80-7421-042-6.

VALENTA, M.; MICHALÍK, J.; LEČBYCH, M. a kol. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha : Grada, 2012. 349 s. ISBN 978-80-247-3829-1.

Príspevok v zborníku

CANGÁR, M. Východiská deinštitucionalizácie systémov sociálnej starostlivosti vo vybraných krajinách Európy a Slovenskej republike. In. *Aplikovaná sociálna politika*. Bratislava : VŠ ZaSP, 2012, 32-41s. ISBN 978-80-8132-061-3.

DIVIŠOVÁ, M. Kvalita života seniorov v zariadení sociálnych služieb. In *Aktuálne dianie, perspektívy a vývojové trendy v sociálnej, edukačnej a zdravotníckej prácis marginalizovanými skupinami v študentských prácach.* Ružomberok : Verbum, 2013, 34-39 s. ISBN 978-80-8084-995-5.

HORŇÁK, L. Kvalita života klientov s mentálnym postihnutím domovoch sociálnych služieb - minulosť a perspektívy. In *Kvalita života osôb mentálnym postihnutím v domovoch sociálnych služieb*. Prešov : PU PF, 2010, 10-16 s. ISBN 978-80-555-0260-1.

Elektronické dokumenty – Články na internete

European Expert Group on theTransition from Institutional to Community-based Care. *Common European Guidelines on the Transition from*

nstitutional to Community-based Care.[online]. [cit. 2013-28-6]. Dostupné na internete: <http://deinstitutionalisationguide.eu/>.
GRUNEWALD, K. Zavřete ústavy pro mentálně postižené. Každý muže žít v otevřené společnosti.[online]. [cit. 2013-06-10]. Dostupné na internete: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000182.pdf >.
VERDES, T. *Deinštitucionalizácia v Maďarsku – existuje vôbec?* [online]. [cit. 2013-06-29]. Dostupné na internete: <http://www.socioforum.sk/index.php/aktuality/35-aktuality/113-easpd>.
Počet a charakteristiky ústavních služeb pro lidi se zdravotním postižením. [online]. [cit. 2013-06-25]. Dostupné na internete: <http://www.socialniprace.cz/soubory/suplement_1-2013-130315113350.pdf>.
Více než 500 lidí přešlo z ústavního do běžného přostredí. [online]. [cit. 2013-06-15]. Dostupné na internete: <http://www.socialniprace.cz/soubory/suplement_1-2013-130315113350.pdf>.
Všeobecná deklarácia ľudských práv [online]. [cit. 2013-28-6]. Dostupné na internete: <http://www.amnesty.sk/wp-content/uploads/2012/01/Universal-declaration-of-HR.pdf>.
Ministerstvo práce, sociálnych veci a rodiny Slovenskej republiky. *Národný akčný plán prechodu inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012-2015*. [online]. [cit.2012-05-28]. Dostupné na internete: http://www.employment.gov.sk/narodny-akcny-plan-deinstitucionalizacie.html

Zákony

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

Článok v časopise

ŠVEŘEPA, M. Transformace: podpora komunitních pobytových služeb. In Rezidenčí péče. ISSN 1801-8718, 2011, roč. 7, č. 3, s. 8-9.

Mgr. Mária Maliňáková
Katolícka univerzita v Ružomberku
Teologická fakulta, Teologický inštitút
Spišská Kapitula 12, 053 04 Spišské Podhradie
maria.malinakova@gmail.com